



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

“Santa María de los Buenos Aires”

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Tesis de doctorado

Final de Vida, Cuidados Paliativos y Empatía

**Manejo de la empatía como recurso fundamental frente a la toma de
decisiones al final de la vida.**

Tesista: Mg. Lic. María de la Victoria Rosales

Director: PhD. Carlos A. Castro Campolongo

Área: Bioética

Lugar de trabajo: Hospital Zonal Gral. De Agudos Mi Pueblo (Florencio
Varela, Buenos Aires, Argentina)

Fecha de presentación: 2023

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
SUMMARY	5
PUBLICACIONES.....	6
MARCO TEÓRICO.....	7
Personalismo Ontológico.....	7
El modelo personalista en bioética.....	10
La dignidad de la persona humana	11
La Persona del médico.....	15
Plasticidad neuronal	19
Custodiar la vida.....	23
ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO SOBRE EL TEMA	27
Empatía	27
Actividad neuronal	31
Los Programas del cerebro.	32
Relación médico- paciente	36
Toma de decisiones	43
Significado y originalidad de la propuesta. Planteo del problema	46
Objetivos generales y específicos.....	48
Objetivo general	49
Objetivos específicos	49
Diseño metodológico	49
Ámbito y duración del estudio	50
Población.....	50
Consideraciones éticas	50
Instrumentos.....	51
Codificación de las entrevistas	52

Comunicación en la relación médico paciente	54
Sufrimiento.....	59
Sentido en medio del sufrimiento	59
Reconocer y aliviar el sufrimiento.....	61
Toma de decisiones.....	64
RESULTADOS.....	69
DISCUSIÓN.....	84
Acerca de los médicos entrevistados.	84
Acerca de cómo se describe la empatía	85
Acerca del vínculo con el enfermo	86
¿Es un deber del médico responder a la petición de ayuda para morir? 87	
Acerca de la toma de decisiones y el manejo de las emociones.....	88
Matices de la tristeza.....	90
CONCLUSIÓN	92
REFERENCIAS.....	95
ANEXO.....	105
Preguntas de la entrevista semiestructurada	105
Informe de códigos	107
COMUNICACIÓN MÉDICO PACIENTE	107
SUFRIMIENTO	131
TOMA DE DECISIONES	147
Red de códigos – ATLAS ti.....	253

RESUMEN

El presente estudio analiza la empatía como habilidad cognitiva-emocional-afectiva del médico, que permite vivenciar la situación emocional del paciente y transformar el encuentro clínico en un acto solidario y responsable. Desde el marco de la bioética personalista señala la importancia de cuidar abnegadamente al otro atendiendo su vulnerabilidad y dependencia y subraya el valor de custodiar la vida humana hasta su cumplimiento natural, haciéndose cargo del otro, acompañando y propiciando la renovación del sentido de la existencia cuando ésta está marcada por el sufrimiento y la enfermedad. Considera importante que los médicos cuyo foco de atención este puesto en las cuestiones relacionadas con el final de la vida, puedan ubicar el sufrimiento del paciente separado de ellos mismos, con un claro reconocimiento de que aquel sufrimiento no es el suyo, pero manteniendo una resonancia empática que los posicione con capacidad para entrar en el mundo del paciente y su enfermedad; con firmeza personal y profesional. Está enmarcado en la metodología cualitativa, con un diseño basado en el abordaje de la teoría fundamentada, incorporando los significados y la intencionalidad inherente a los actos, a las relaciones y a las estructuras sociales. Analiza veintiún entrevistas semiestructuradas, realizadas en el hospital Mi Pueblo de Florencio Varela, que tomaron como tema principal planteado, el *Manejo de la empatía como recurso fundamental frente a la toma de decisiones al final de la vida*. Constata que existe una relación entre las habilidades profesionales requeridas en la práctica y la empatía del médico frente al padecimiento del enfermo. Describe que la empatía crea un vínculo con el paciente que implica al médico en la toma de decisiones y el manejo de las emociones. Si bien no se detectó un trastorno identitario, fueron señaladas alteraciones afectivas causadas por la tristeza que revelan la verdad subjetiva del profesional. Se indica que la empatía interviene en la toma de decisiones de la práctica clínica tanto a nivel de la formación y capacitación profesional del especialista como al nivel que muestra cómo gestiona sus emociones y aquel en el cual se revisan las conductas adoptadas junto al paciente y su entorno. El análisis detallado de los niveles de empatía, su manifestación en la personalidad de los entrevistados y cómo intervienen en la toma de decisiones, comprueba los beneficios de un trabajo enfocado en defender la intangibilidad de la vida humana y la dignidad de la persona.

Palabras clave: EMPATÍA-FINAL DE VIDA- SUFRIMIENTO-TOMA DE DECISIONES-CUIDADOS PALIATIVOS

SUMMARY

The present study analyzes empathy as a cognitive-emotional-affective ability of the physician, which allows us to experience the emotional situation of the patient and transform the clinical encounter into an act of solidarity and responsibility. From the framework of personalist bioethics points out the importance of caring selflessly for the other by attending to his vulnerability and dependence and underlines the value of guarding human life until its natural fulfilment, taking care of the other, accompanying and fostering the renewal of the sense of existence when it is marked by suffering and disease. Considers it important that physicians whose focus is on end-of-life issues should be able to place the patient's suffering separate from themselves, with a clear recognition that the suffering is not theirs but maintaining an empathic resonance that positions them with ability to enter the world of the patient and his disease, with personal and professional firmness. It is framed in qualitative methodology, with a design based on the approach of grounded theory, incorporating the meanings and intentionality inherent in acts, relationships, and social structures. It analyzes twenty-one semi-structured interviews, conducted at the Mi Pueblo Hospital in Florencio Varela, which took as their main topic the management of empathy as a fundamental resource against decision-making at the end of life. It notes that there is a relationship between the professional skills required in practice and the doctor's empathy for the patient's condition. He describes that empathy creates a bond with the patient that involves the doctor in decision-making and managing emotions. Although no identity disorder was detected, affective alterations caused by sadness that reveal the subjective truth of the professional were noted. It is indicated that empathy is involved in the decision-making of clinical practice both at the level of the specialist's professional training and at the level that shows how he manages his emotions and in which the behaviors adopted with the patient are reviewed and their environment. The detailed analysis of the levels of empathy, its manifestation in the personality of the interviewees and how they intervene in decision-making, proves the benefits of a work focused on defending the inviolability of human life and the dignity of the person.

Keywords: EMPATHY-END OF LIFE- SUFFERING-DECISION-MAKING- PALLIATIVE CARE

PUBLICACIONES

- ✓ Fue publicado el manuscrito *El sufrimiento frente a la etapa final de la vida* en la Revista Persona y Bioética. Fecha de aceptación: 30/05/2023. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2023.27.1.10>
- ✓ Se envió el manuscrito *Comunicación médico paciente: toma de decisiones en el final de la vida*; a la Revista Cuadernos de Bioética
- ✓ Fue aceptado el artículo "*Empatía y Final de Vida: consideraciones bioéticas en la práctica médica*"; a la Revista Persona y Bioética
- ✓ Se envió el artículo "*El Modelo Personalista en Bioética. La persona en el centro de la práctica médica*" a la revista SIIC SALUD. Sociedad Iberoamericana de Información Científica
- ✓ Se envió el artículo "*Desafíos para la bioética. Neurociencias y trastorno límite de la personalidad*" en la Revista de Bioética y Derecho

MARCO TEÓRICO

Personalismo Ontológico

En situación de enfermedad terminal y frente a un padecimiento insoportable, un paciente solicita ayuda para morir, de modo de poner fin al sufrimiento que considera inútil. Esto implica para el médico, por un lado, poder percibir el posible sufrimiento experimentado del paciente y por el otro, tener la intención de una conducta de ayuda frente a una escena que se despliega vinculando erróneamente la petición del paciente al concepto de dignidad humana, que muestra cómo se ha roto el equilibrio entre la autonomía del paciente y el criterio médico del profesional a cargo, quien fiel a las buenas prácticas de su arte, es llamado siempre a curar o paliar el dolor, y jamás a dar muerte ni siquiera movido por las apremiantes solicitudes de cualquiera.

El acceso a la temática de final de vida se realiza considerando muy especialmente no sólo el valor fundamental de la vida física corporal que no es extrínseca a la persona. La vida corporal no agota toda la riqueza de la persona, la cual es espíritu por el cual trasciende al cuerpo mismo y su temporalidad. Para ser más precisos es espíritu encarnado o cuerpo espiritualizado. También son considerados el dolor, la enfermedad, la muerte y la relación libertad – responsabilidad, que orienta la conducta y permite tomar decisiones.

El personalismo ontológicamente fundado es el marco de referencia desde el cual se realiza este estudio. Desde allí, el posicionamiento permite una visión integral de la persona humana, tomando en cuenta no solo aspectos físicos, sino también psicológicos y espirituales, sin reducirse ni a espiritualismos desencarnados ni a biologismos reductivistas. Esto indica responder en primer lugar a la cuestión sobre el valor de la persona, sus prerrogativas y sus deberes. La vigencia de esta postura muestra su utilidad al momento de realizar una reflexión bioética acerca del manejo de la empatía como recurso fundamental frente a la toma de decisiones al final de la vida.

El enfoque personalista proviene de una larga tradición del pensamiento surgido en Europa alrededor de los años 30 del siglo XX (entre sus representantes destacan, entre otros, Emmanuel Mounier, Gabriel Marcel, etc) y es introducido en la bioética a partir de la obra de Mons. Sgreccia, cuyo trabajo académico, pastoral y de investigación ha estado siempre marcado por el respeto y la salvaguarda de la preciosidad y la dignidad de toda vida humana.

Uno de los grandes filósofos personalistas del siglo XX es Karol Wojtyla, formado en el Tomismo y en la fenomenología, aplicó la perspectiva personalista a grandes temas como el amor, la experiencia, la libertad y la moralidad entre otras. Su preocupación primordial es la pregunta por el hombre, centrada en la defensa de la dignidad de la persona humana. (1) A continuación seguiremos de cerca su pensamiento en su obra *Persona y Acción*. Una lectura posible de ésta descubre la necesidad del autor de construir una antropología potente y novedosa, mientras se afirmaba en su mente la necesidad de unificar tomismo y fenomenología. Uno proporciona la base realista y ontológica sobre la cual construir una sólida visión del ser humano, y la otra proporciona la conexión con los temas aportados por la filosofía moderna (yo, autoconciencia, subjetividad, etc.). *Persona y acción* responde a un doble objetivo: solventar una necesidad de las investigaciones éticas y realizar una nueva formulación antropológica de cuño personalista. Wojtyla afrontó el tema con radicalidad y profundidad, elevó y transformó el imperativo de Kant que señala que la dignidad humana es contraria a cualquier tipo de instrumentalización; superando el enunciado negativo (que no hace justicia a lo que realmente merece la persona) con una regla positiva de inspiración cristiana, la norma personalista; afirmando que la persona es un bien tal que solo el amor puede dictar la actitud apropiada y valedera respecto de ella. (2)

La posición antropológica de Karol Wojtyla analiza la persona centrándose en el estudio de la estructura ontológica del ser de la persona, el acto humano es observado y aprehendido como una realidad que revela el ser de la persona y en ese acto es donde le es posible identificar aquello que es propiamente humano, persona y acción no son entendidas por Wojtyla como un dualismo, como dos realidades separadas, sino como dos identidades de una única realidad, siendo el acto reconocido como la manifestación de la interioridad humana, que está sujeta siempre a una condición comunitaria al mismo tiempo que trascendente, ambas irreductibles. Wojtyla postula que es la acción de la persona la que muestra su ser, el acto humano prueba y expresa la búsqueda incesante de autodeterminación y realización, ordenadas ambas realidades por la ejecución de la libertad y esta última por la verdad. Sostiene que la persona es el fundamento que justifica la regla ética, argumentando que sólo una ética que se despliega de un itinerario diseñado en torno a la felicidad humana puede responder a las necesidades y retos del hombre contemporáneo envuelto en el utilitarismo, la falta de solidaridad y el egoísmo. Su óptica antropológica siempre dinámica muestra, en virtud de la unidad sustancial del cuerpo y su alma

espiritual, la naturaleza de la persona humana, su unidad sustancial o su totalidad unificada, encarnación de la capacidad de amar como entrega de sí. El personalismo “wojtyliano” es la expresión directa de un hombre sobre el hombre, sobre el ser humano en cuanto persona en acto (en acción) que intenta desentrañar todos los compuestos de la experiencia y la existencia humana y arribar al discernimiento de lo que es específicamente humano, como defensa de la dignidad de la persona con el principio de humanidad, que consiste en el reconocimiento del otro como el fundamento cardinal de referencia de la misma manera que se tiene conciencia de sí mismo y como miembro de la misma realidad en la que se encuentra el hombre ubicado. Los contenidos del personalismo que atrajeron más su atención fueron la irreductibilidad de la persona, el reconocimiento y la afirmación de que la persona no puede en ningún caso, ser suplantada por alguna otra categoría, ya que si la persona es un sujeto, no es por tanto, un mero objeto de entendimiento; la acción del ser humano, afirma Wojtyła, es elemento irreductible, y como ejemplo sitúa una de las más significativas de sus acciones: la vinculación de su *yo* con un *tú* de otro mediante el lenguaje dialógico, que construye relaciones interpersonales, idea que alude a una de las características más básicas del ser de la persona, que es ser y estar en y con los otros, en comunidad. Acerca de las características esenciales del hombre, Wojtyła arriba al cimiento de la naturaleza humana desde la ética y a la ética por medio de la naturaleza humana. Sostiene que la persona es sujeto de moralidad y al mismo tiempo su naturaleza racional es la base de la moralidad, porque es a ella a quien corresponde y sobre la que recae toda la responsabilidad de la racionalidad y lo que ella comporta. El significado de razón es explicitado de tal modo que sea entendido no solo como la capacidad de crear nociones o argumentaciones genéricas o de expresar juicios, sino además la capacidad inherente a la persona de conocer la verdad. Esto es así, porque la relación del hombre con ésta es una relación de carácter natural. La racionalidad es al mismo tiempo la capacidad, afirma el filósofo, de acoger la verdad sobre el bien y la verdad sobre las cosas buenas. El bien como trascendental de la verdad siempre estará en relación con las facultades y deseos humanos por alcanzar la plenitud. De la misma manera que la racionalidad es atributo característico de la naturaleza humana, lo es también la libertad como atributo de su naturaleza racional. (1)

El modelo personalista en bioética

Sgreccia enseña y promueve un pensamiento bioético cuya base es la persona. Afirma que el valor de la persona humana es intocable y que todos cuantos hacen uso de razón conocen el valor natural de la vida humana. (3) Este marco adopta una antropología filosófica de referencia que tiene en cuenta a la persona humana en su totalidad, considerando el espacio que habita y el tiempo en que vive y vivirá. Sgreccia afirma que es necesario aclarar quién es el hombre, cuál es su valor y su destino. Sostiene que cuando se habla del hombre, de su origen y de su destino, se busca en cada hombre su dignidad y su trascendencia, comunes a todo hombre. Resalta también que el factor personal psicológico y espiritual es un elemento decisivo en el ámbito de la asistencia médica, no solo en la evaluación del bienestar de los enfermos sino también en la evaluación de los agentes de salud.

El personalismo ontológico subraya que en la base de la subjetividad hay una existencia y una esencia constituida en la unidad cuerpo espíritu. La persona es, siguiendo la clásica definición de Boecio, sustancia individual de naturaleza racional y así la *sustancia* refiere a lo que tiene el ser en sí, en oposición a los accidentes por lo que, aprendimos, no es un mero sustrato estático sino un principio dinámico del que proviene y se funda toda actividad. (4) La persona designa siempre lo singular, y el termino individual indica que la persona no es el hombre universal, sino el hombre concreto, porque en el hombre la personalidad subsiste en la individualidad constituida por un cuerpo animado y estructurado por un espíritu. (5) Al hombre se lo capta como unidad corporal anímica y la empatía como habilidad cognitiva, emocional-afectiva, que permite vivenciar la situación emocional del otro y transformar el encuentro clínico con el enfermo en un acto solidario y responsable que habilite y sostenga con los cuidados, brinda la oportunidad de comprobar la dependencia de los fenómenos corporales respecto de los anímicos y viceversa.

En su obra *La estructura de la persona humana*, la autora Edith Stein postula que la imposibilidad de concebir la relación entre el cuerpo y el alma como si lo único importante fuera el cuerpo mientras que el alma estaría a su servicio. La autora postula la unidad que se da entre iguales y destaca la materia formalizada vitalmente que se manifiesta y se expresa simultáneamente en la materia y en la vida anímica. (6) Santo Tomas de Aquino afirma que sentir no es una operación exclusiva del alma y que no es la única operación determinada del hombre, ya que le resulta evidente que el hombre no es solo alma sino *algo compuesto a partir del alma y del cuerpo*. (7)

En el Manual de Bioética de Sgreccia se lee que *el hombre* es persona porque es el único ser en el que la vida se hace capaz de reflexionar sobre sí, de autodeterminación. (3) El hombre es el único que puede captar y descubrir el sentido de las cosas y es el único que tiene la capacidad de dar sentido a sus expresiones y a su lenguaje consciente. No es posible reducir a la persona a una cifra, a un número, una célula o a neuronas ya que es el alma espiritual que da vida e informa a su realidad corporea. La persona humana es una unidad, es un todo y no la parte de un todo. La persona es siempre el fin y nunca el medio. La persona humana es un individuo único, irrepetible e insustituible; implica el ser espiritual, capaz de ser dueño de sí y dueño de sus actos. Otro de los autores que también sostiene lo irrepetible de la persona humana es Monseñor Derisi, quien resalta que únicamente la persona posee el dominio sobre sus actos. (7) Este dominio activo le otorga el poder de ejecutar o no, actos diferentes y hasta opuestos entre sí. El autor afirma que este poder emana de la universalidad de su conocimiento, y que es engendrado en la voluntad un poder de determinación que posibilita rebasar la apetibilidad o bondad de los bienes concretos. El personalismo sostiene que la persona vale por lo que es y no solo por las elecciones que lleva a cabo. Es de importancia señalar que hay una fuente de la que emanan las elecciones. Según la ética personalista, el valor ético de un acto deberá ser considerado bajo el perfil subjetivo de la intencionalidad, pero también deberá considerarse su contenido objetivo y sus consecuencias. La ley moral natural que impulsa toda conciencia a hacer el bien y a evitar el mal se concreta en el respeto de la persona en la totalidad de sus valores, en su esencia y dignidad ontológica. (3)

La dignidad de la persona humana

La dignidad de la persona humana es señalada como el centro de la reflexión ética que guía la práctica en el ámbito de la salud.

El profesor doctor Edmund Pellegrino describe en su artículo *La experiencia vivida de la dignidad humana*, (8) el cual seguiremos a continuación para mejor comprender su pensamiento, que las personas experimentan su dignidad siendo esta una experiencia viva en las situaciones altamente sensibles de la enfermedad humana y de la cura. Primeramente, aclara que el concepto de dignidad al que suscribe asigna una dignidad inalienable, intrínseca a todos los seres humanos

simplemente por su condición de humanos; para luego desarrollar el lineamiento que argumenta cómo la dignidad, puede ser experiencia de vida.

A partir de los avances de la biotecnología, la dignidad se ha convertido en un problema y es amenazada; es así que el autor señala que la Bioética ha debido traspasar las fronteras de lo estrictamente médico para enfrentar el reclamo de la humanidad de una dignidad única y los derechos morales que ella otorga. Interroga acerca de la complejidad de la dignidad e invita a preguntarse si es solo una cualidad del ser humano, si se trata de la impronta de un Dios sobre los hombres, si se trata de una cuestión azarosa o de selección natural, si se trata de una cuestión religiosa encubierta en la bioética. La respuesta encontrada dice de las ideas bioéticas acerca del propósito y destino de la vida humana, respuesta que lo conduce a plantear que, para entender la dignidad humana, debe entenderse la misma como una experiencia.

Pellegrino sostiene que es posible comprender lo inseparable que es la dignidad de la humanidad solo cuando se la ve amenazada, disminuida o ultrajada, ya que, de otro modo, su existencia suele darse por sentado. Señala que abundan ejemplos en la historia de la humanidad, en donde ocurrió la degradación del espíritu humano como consecuencia de la privación de la dignidad humana. La dignidad como experiencia de vida puede percibirse, afirma, cada vez que un hombre se enfrenta y responde a la valoración o desvalorización que tiene de sí mismo o que otros tienen de él. Por lo tanto, esto indica que la dignidad como experiencia vivida es el producto de una intersubjetividad e intrasubjetividad. El fenómeno conformado por las experiencias vividas de la dignidad, está formado por los juicios de valor, conscientes o inconscientes que las personas realizan ante sí mismas y ante los otros. Esta experiencia y esta imputación de la dignidad no tiene relación esencial con la realidad intrínseca. El autor señala la diferencia ontológica y advierte que no se debe confundir la dignidad extrínseca con la intrínseca. La dignidad humana intrínseca es la expresión del valor inherente a todo ser humano en cuanto ser humano. No puede perderse o ganarse, y es independiente de las opiniones humanas acerca del valor de la persona. La dignidad extrínseca es la evaluación del valor que las personas realizan sobre otros o sobre ellos mismos. Depende de mediciones subjetivas acerca de la conducta de una persona, su apariencia o su status social; de este modo la dignidad extrínseca es atribuida y puede perderse u obtenerse dependiendo simplemente de un juicio absolutamente subjetivo. Pellegrino destaca la diferencia entre la dignidad inherente a todo ser humano y la forma en que la dignidad se percibe e imputa. Señala que suelen confundirse y aun superponerse una a la otra

y elige el ámbito de la práctica clínica como aquel donde mostrar esta experiencia de la dignidad que describe. Se centra en las percepciones de los pacientes, en sus experiencias de dignidad. Las experiencias de dignidad más complejas se encuentran resumidas para el autor, en el encuentro clínico, en la relación central que se da entre el paciente y el médico. Describe al paciente como una persona necesitada, el ser alrededor del cual se centra el drama de una enfermedad, alguien que literalmente está llevando una carga, una persona que está sufriendo, está preocupado, ansioso y asustado y no puede continuar sin ayuda profesional. Este encuentro clínico es un fenómeno de intersubjetividad y es en este sentido que es señalado como el lugar para la experiencia de la dignidad humana y también su pérdida. En estas consultas del paciente con el médico, afirma el autor, se entabla una relación en la que suelen aparecer preguntas silenciosas, la persona enferma se pregunta cómo se percibirá su situación; si su vulnerabilidad puede disminuir el respeto que merece como un ser humano, si su necesidad de ayuda se percibirá como la manifestación de una debilidad fisiológica o psicológica, si conservara su dignidad ante los ojos de quien espera que lo ayude. El admitir la necesidad de ayuda ubica a la persona en un estado de vulnerabilidad. La percepción que tiene el paciente de su independencia y libertad se encuentran expuestas, por necesidad, ante otra persona. La forma en que esa persona, el médico que lo recibe, responde a esa necesidad, puede preservar o socavar la percepción de la propia dignidad. En momentos de sufrimiento, los pacientes a menudo pierden la confianza en su propio valor y dignidad. La gravedad de esa experiencia compromete a quienes lo rodean y acompañan, los médicos, las enfermeras y otros miembros del equipo de salud, su familia y sus amigos, a reasegurarle que su dignidad intrínseca es duradera e inviolable. Pellegrino afirma que para que este reaseguro sea autentico, el paciente debe ser tratado con dignidad hasta el final. Con respecto al modo en que el médico preserva la dignidad del paciente como ser racional, se destaca el respeto que debe tener por su libertad de realizar elecciones. Las decisiones que deba tomar durante el transcurso de su tratamiento suelen verse obstaculizadas por sentimientos de culpa y vergüenza. Una de las formas en que se pone en peligro la percepción que se tiene de la propia dignidad, es la culpa que se puede sentir por estar enfermo. La culpa lleva a la auto desvalorización, a sentimientos de indignidad e incluso a la percepción errónea de una pérdida de dignidad intrínseca. También se menciona otra experiencia que agrava la situación de estar enfermo y es la vergüenza, que aparece como un problema cuando a causa de la enfermedad se debilitan las defensas que se levantan

entre la percepción pública y privada de sí mismo. Respetar y preservar la dignidad del paciente incluirá el trabajo de despejar situaciones de culpa y de vergüenza, para llevar adelante el tratamiento. La experiencia de indignidad se torna más persistente si se trata de una enfermedad que se percibe como implacable y como un progreso hacia la muerte. Padecer una enfermedad y tener la sensación de estar muriendo a causa de ella, genera la percepción de pérdida de la dignidad e incorpora una fuente adicional de sufrimiento, más perturbadora que el dolor, la incomodidad o la discapacidad causada por la enfermedad misma.

Experiencias de este tipo frente a la enfermedad tornan aún más difícil que el paciente pueda creer en su dignidad intrínseca. Suele mencionarse que es muy difícil el trabajo de elaboración subjetiva para revertir los estragos causados por una larga enfermedad; la persona se encuentra inhabilitada, por estar enferma, para atender sus necesidades más personales, se siente debilitada para hacerse cargo sola de sus fatigas alarmantes, del deterioro de su fisonomía y de su carácter. Estas realidades imponen al paciente el sentimiento de indignidad personal y ninguno de estos fenómenos ocurre en el aislamiento, el autor menciona que los profesionales de la salud, amigos, familia y los demás pacientes son partícipes en esta realidad emocional y, por lo tanto, responsables de su cuidado y reparación. Es importante reparar, y esto es señalado como una urgencia, en la necesidad de sensibilizar a los médicos y otros profesionales de la salud frente a la mecanización de la enfermedad.

Pellegrino cita el texto *Person and Community* de San Juan Pablo II para mencionar como es vista la experiencia ética. Según Juan Pablo II en todas las acciones humanas se involucra la experiencia ética que posee un profundo carácter empírico. Karol Wojtyla indica que el valor ético es aquel que tiene como causa final efectiva a la persona actuante. Esta experiencia ética se desarrolla en el encuentro clínico debido a la ubicación e intensidad que lo caracteriza y donde las personas actuantes son, como ya se ha mencionado, todos los que forman el entorno del paciente, el mismo sujeto, el médico, el psicólogo, los amigos y la familia. Se trata de preservar la dignidad del ser humano y de evitar la indignidad. Esta dentro del alcance de cada profesional, afirma el autor, perseguir una lucha incansable por la dignidad del hombre, contra todo aquello que hoy amenaza con alienar al hombre y su dignidad. El concepto y la experiencia de la dignidad humana son presentados así, como fundamento bioético para enfrentar los desafíos más importantes de la práctica médica. El encuentro clínico con el paciente y el tratamiento ofrecido son ocasiones propicias para sostener la defensa de la dignidad. Tanto el preservar la dignidad

humana como el prevenir la indignidad, deben estar presentes en los fines últimos, intermedios y próximos de la medicina. El fin último de la medicina es restaurar la salud, su objetivo intermedio es curar, aliviar o prevenir la enfermedad. El más próximo es tomar la decisión correcta respecto del tratamiento para un paciente en particular en un encuentro clínico en particular. El enfermo acude por asistencia y deposita su confianza en quien lo recibe, esta es la confianza que los médicos explícita o implícitamente prometen preservar en el momento en que ofrecen su ayuda. El médico juega un rol central aquí, a él le compete ver al paciente en su momento de mayor debilidad, evaluar los estragos de la enfermedad y pronosticar su gravedad y posible desenlace. El equipo de salud rota constantemente en la atención de los pacientes y debido a esto el enfermo debe restablecer todo el tiempo sus relaciones de confianza con quien lo asiste. Admitiendo que la preservación de la dignidad puede tornarse cada vez más difícil, la propuesta es cuidar la percepción que el paciente tenga de su dignidad y adoptar buenas maneras en el trato, las que pueden ser aprendidas, sostiene el autor, y advierte tener en cuenta que estas virtudes del cuidado de la dignidad se pueden aprender tanto en lugares institucionales como de personas que posean esas virtudes. Por último y teniendo en cuenta que la experiencia de la dignidad es una realidad en todo tipo de relación humana concebible, destaca la importancia de observar también la posición de la persona del médico y su subjetividad en esta relación.

La Persona del médico

La persona ocupa una posición central en el interior de la profesión médica porque la medicina es por su naturaleza una relación entre personas. La relación médico paciente, es considerada esencial y no solo como un complemento de la práctica médica. Es sabido que las enfermedades no son entidades abstractas desvinculadas del ser humano, sino que existen sólo sujetos enfermos, personas con patologías vividas en forma diversa por cada paciente individual. Sin olvidar además que la premisa fundamental de la profesión médica es el respeto por la persona humana. (9)

En el texto *La centralidad de la persona en la praxis médica*, la autora Nunziata Comoretto toma en cuenta que por la experiencia de enfermedad y sufrimiento, la persona humana es ubicada como objeto peculiar de la medicina en tanto ésta es inherente a la condición humana misma. Es relevante destacar que encuentra su

núcleo antropológico y ético en la relación entre la vulnerabilidad provocada por la enfermedad y la compasión de quien brinda los cuidados médicos. Cuidando y atendiendo el cuerpo del paciente, es posible para el médico alcanzar a la persona en su plenitud humana, ya que cuando se ocupa del bienestar físico, alivia también su sufrimiento psíquico y espiritual. El hombre, al cual se le aplicarán los conocimientos médicos, constituye una unidad en la cual la dimensión espiritual es relevante, dando razón del valor ético propio de la persona humana.

Sostiene la autora que el personalismo ontológico devuelve la atención a la unidad sustancial corpóreo- espiritual de la persona como fundamento de su misma subjetividad. Los valores absolutos reconocidos son el ser y la dignidad de la persona, de los cuales se deriva el deber de respeto incondicionado por la persona humana y en particular el respeto de su inviolabilidad. En el interior de la perspectiva personalista, la promoción del ser y del valor de la persona en cuanto persona es la norma que marca la práctica del profesional de la salud.

Esta reflexión se extiende y describe dos lecturas posibles de la persona, en donde una describe a la persona entendida en un horizonte ontológico, como ser en sí con una especificidad propia y sobre todo con una dignidad, pero que encuentra en otro distinto de él, el significado de su propia existencia; la segunda lectura entiende a la persona en un horizonte existencial, donde la experiencia de la enfermedad es vivida en la propia intimidad con toda su problemática, las dudas, las incertidumbres, las angustias que constituyen la vivencia de la persona en su búsqueda de sentido frente al suceso de la enfermedad, pero también su estar en relación con los otros.

La lectura ontológica, perspectiva en la cual el individuo humano es entendido en su integridad, le permite individualizar y describir, dos propiedades esenciales y estructurales de la persona: la identidad y la integridad. La persistencia de la persona en el tiempo refiere a la identidad. La vida de la persona se desarrolla secuencialmente con muchas variaciones a lo largo del tiempo, sin embargo, la identidad una vez constituida se mantiene y confirma así que el yo personal es el mismo aun después de cada variación. Por otro lado, la integridad hace referencia al cuerpo, se trata de todos los elementos que la componen y a través de los cuales se expresa. El cuerpo de una persona es la parte más expuesta y es la que más fácilmente puede ser agredida, incluso por la intervención médica. El cuerpo es en la perspectiva personalista una de las partes constitutivas de la persona misma y todo aquello que le ocurre al cuerpo se refleja en la persona en su globalidad. Es posible afirmar que ese cuerpo sobre el que intervienen los médicos, es el sujeto en cuanto

a su expresividad exterior, por lo tanto, no puede ser considerado un objeto. Con respecto a la autonomía, la describe como el rasgo más importante del modo de ser exclusivo de la persona humana. Con conciencia de sí el ser humano es un sujeto que decide por sí mismo, que reflexiona sobre sí mismo y con libertad puede decidir sobre aquello que quiere o no. Uno de los errores más frecuentes de la práctica, es traducir esta autonomía como individualismo exagerado que no logra otro resultado que el de aislar al individuo. Pero se sabe que el hombre es un ser social, no puede ser pensado como un ser aislado. Justamente, la racionalidad individualiza en la persona humana su capacidad de establecer relaciones interpersonales que son esenciales para su existencia. Por último, Comoretto señala la autotrascendencia como la propiedad de la persona humana a través de la cual el hombre percibe que siempre puede tender a más de lo que es y que existe un límite a sus funciones naturales fundamentales. Afirma que es a través de la autotrascendencia como el hombre traza un horizonte para su vida, horizonte que, según la autora, se plantea infinito y surge de la relación ontológica con Dios.

Con respecto a la relación con el médico, menciona que se establece allí, una relación marcada por la dependencia del enfermo que desencadena en el profesional que se ocupe de su cuidado. Si bien se dijo que las relaciones entre los hombres son de una dependencia recíproca, en tanto seres gregarios, esta dependencia se manifiesta de una forma más marcada en situaciones de enfermedad, de dolor o de sufrimiento y marca una de las más importantes responsabilidades a asumir desde la persona del médico hacia su paciente. Esa dependencia producto del estar enfermo, lleva al profesional de la salud a prestar a cada individuo la ayuda que necesita más allá de la necesidad haya sido expresada por el paciente o no.

El reconocimiento de la interdependencia entre los seres humanos es lo que fundamenta la ética de la atención médica, que valoriza la dimensión de los cuidados y que promueve la práctica de los buenos cuidados médicos como valor fundamental de la existencia humana, actitud moral y profesional. Estos buenos cuidados permiten que surjan los valores del empeño, la solidaridad y la sensibilidad moral, valores que suelen quedar al margen en interpretaciones contemporáneas de la praxis médica. La perspectiva personalista revela el encuentro entre seres humanos que acontece en un acto médico lo que inserta su obrar en un contexto moral. No debe olvidarse que el médico tiene como fin siempre realizar el bien del paciente. Esto coloca como referencia fundamental de la praxis, al paciente como persona. Partir del reconocimiento de la dignidad de la persona humana, extendiéndose desde la

inviolabilidad de su vida a la promoción de la manifestación de su ser en cuanto persona; resistiéndose a tratar al sujeto paciente como un instrumento, exigiendo el reconocimiento de su humanidad y que esta sea el fin y no el medio; son indicaciones que orientan las practicas, al mismo tiempo que detienen las tendencias a mortificar la forma de vivir que tiene el enfermo, no considerar su libertad y autonomía, tratarlo de un modo inadecuado o discriminarlo respecto de otros.

Cada enfermo es irrepetible y esto hace que cada cuadro clínico difiera de su presentación teórica. Atender a un paciente supone una relación interhumana, cargada de las vivencias existenciales del paciente y del médico; ambos están situados en un contexto histórico, de costumbres y valores morales, ambos portando el significado de su historia individual. Todos estos factores son los que hacen que el enfermo perciba subjetivamente su situación patológica y que el médico, a su vez realice sus intervenciones desde sus propias significaciones; será preciso intervenir de tal modo de no obstaculizar la intervención del paciente en el proceso de curación o tratamiento. Al mismo tiempo los valores deben primar sobre las normas y sobre los procedimientos que conllevan una decisión; el qué se debe hacer solo adquiere sentido si se sabe por qué se debe hacer. Que la referencia sea el paciente en cuanto persona implica su realidad entera: cuerpo y espíritu, relación e interioridad, vinculado y libre, individual y solidario.

Pellegrino (10) introduce las virtudes médicas, aludiendo al conjunto compuesto por la vulnerabilidad del hombre enfermo, las obligaciones morales del médico y la naturaleza de la enfermedad. Menciona conceptos como *sanación* y *ayuda* y afirma que constituyen el núcleo fenoménico profundo y dramático del que emana la *moralidad interna* de la profesión médica. Refiere a la virtud entendida como el conjunto de hábitos de comportamiento que permiten realizar un acto, comportarse ante las cosas y los hombres con la mejor adecuación y la máxima perfección; se incluyen aquí la ponderación y la prudencia con las cuales llevar a cabo las mejores decisiones, en las complejas situaciones de la vida. La virtud es descripta como un rasgo adquirido del carácter que facilita la excelencia de los seres humanos. En tanto se trata de hábitos repetitivos en el obrar, se transforma en una disposición permanente del modo de ser, que surge luego de un modo natural, escribe Pellegrino. Sostiene que las claves esenciales de un buen profesional implican, además de la competencia técnica, una poderosa exigencia de virtudes humanas. La virtud, menciona Pellegrino es un rasgo del carácter que dispone de un modo habitual, a la persona que lo posee, a una excelencia en la intención y el cumplimiento respecto al

telos específico de una determinada actividad humana que en el ámbito de la medicina sería sanar a los enfermos.

Pellegrino propone buscar la excelencia en los hábitos del acto bueno en la relación médico paciente y para ello, habla del encuentro clínico; lo define como la intercomunicación entre una persona vulnerada por la enfermedad que busca curación y ayuda y un profesional de la medicina dispuesto a procurarla. El encuentro clínico define pues, para Pellegrino, el fin de la Medicina, orientado al bien del enfermo. La curación y la ayuda serían aquellas disposiciones que capacitan para sanar bien, con excelencia y eficacia según el autor, y son las virtudes básicas de los profesionales de la salud. Pellegrino las denomina virtudes internas. La lista de virtudes que puede definir el “bien” del médico fue escrita en el libro *The virtues in Medical Practice* y son las siguientes: fidelidad a la confianza, compasión, prudencia, justicia, fortaleza y templanza, integridad y desprendimiento altruista. Aunque se ha de aclarar que en otros textos, (11) (12) (13) Pellegrino parece introducir nuevas virtudes o modificar la denominación de alguna de las ya formuladas, añadiendo la benevolencia, la honestidad, el valor y la veracidad, como virtudes también propias del encuentro clínico.

El fin inmediato no es solo ser curado o aliviado en el dolor, si bien es eso, también se incluye la esperanza de ser incorporado por el médico, en los momentos decisivos, a una relación de ayuda y protección; a un diálogo esperanzado que asegure al enfermo que se hará todo lo posible frente al dolor, la discapacidad y el riesgo de muerte; y que, además, se respetará su opinión y sus convicciones. Pellegrino afirma que no se trata de un problema técnico, sino que se trata de un arte que no es posible improvisar, porque es una sabiduría práctica que procede del hábito de conocer a fondo la situación emocional de cada enfermo. (14)

Plasticidad neuronal

Al final de su vida, Freud enuncia la siguiente afirmación (15):

De lo que llamamos nuestra psique (vida anímica), nos son consabidos dos términos: en primer lugar, el órgano corporal y escenario de ella, el encéfalo (sistema nervioso) y, por otra parte, nuestros actos de conciencia (...). No nos es consabido, en cambio, lo que haya en medio, no nos es dada una referencia directa entre ambos puntos terminales de nuestro saber. (16)

La realidad neurobiológica y las producciones de la vida psíquica, se presentan como dos campos con características totalmente diferentes, que conducen a preguntas radicalmente diferentes y es sabida la dificultad de conocer los vínculos de enlace y causalidad entre los procesos orgánicos y la vida psíquica, como ya lo señaló Freud: *La cadena de los procesos fisiológicos dentro del sistema nervioso probablemente no mantiene un nexo de causalidad con los procesos psíquicos.* (17)

Los autores Ansermet y Magistrelli, un neurobiólogo con experiencia psicoanalítica personal y un psicoanalista dispuesto a incorporar lo que otras disciplinas pueden enseñarle a su práctica, incorporan el fenómeno de la plasticidad neuronal (que surge de datos recientes de la biología experimental) con el objetivo de trastocar la oposición mencionada y ponerlos en juego de una manera novedosa. (15) Afirman que el fenómeno de la plasticidad demuestra que la experiencia deja una huella en la red neuronal, al tiempo que modifica la eficacia de la transferencia de información a nivel de los elementos más finos del sistema: más allá de lo innato, lo que es adquirido por medio de la experiencia deja una huella que transforma lo anterior, a su vez la experiencia modifica permanentemente las conexiones entre las neuronas y los cambios que acontecen son tanto de orden estructural como funcional. (18) La posición de los autores considera al cerebro como un órgano extremadamente dinámico en permanente relación no solo con el medio ambiente sino también con los hechos psíquicos o los actos del sujeto.

Una nueva visión del cerebro es introducida a partir del concepto de plasticidad, donde la red neuronal permanece abierta al cambio y a la contingencia, modulable por el acontecimiento y las potencialidades de la experiencia, que siempre pueden modificar el estado anterior. Más allá de las determinaciones que implique el bagaje genético de un individuo, la plasticidad permite demostrar que, a través de la suma de experiencias vividas, cada persona se revela única, irrepetible e imprevisible; y de esta manera, las leyes universales que define la neurobiología, conducen inevitablemente a la producción de lo único. La diversidad y la singularidad se ponen en juego a partir del concepto de plasticidad neuronal, que discute con la antigua oposición entre la etiología orgánica y la etiología psíquica al momento de tratar los trastornos mentales; el planteo altera la ecuación al punto de concebir una causalidad psíquica capaz de modelar lo orgánico y plantea la posibilidad de una integración compleja entre una determinación genética y una determinación ambiental o psíquica. La plasticidad habilita trascender la reduccionista oposición entre lo orgánico y lo psíquico y permite aprovechar un espectro de posibles diferencias al dar lugar a lo

imprevisible en la constitución de la individualidad y al considerar al individuo como biológicamente determinado para ser libre, es decir para volverse una excepción del universal que lo incluye.

El proceso es explicado del siguiente modo: a cada instante el cerebro recibe informaciones desde diferentes fuentes, por un lado, la percepción de la realidad externa que activa los sistemas sensoriales y envía información a la conciencia, pudiendo al mismo tiempo activar también la realidad interna (inconsciente) que se constituye a través de los mecanismos de la plasticidad propia de cada sujeto, independientemente de la realidad externa vivida. Las representaciones son ordenadas y a veces almacenadas de un modo distinto, sin relación alguna con los estímulos de la realidad externa; sin embargo, podrían ser recordadas en la conciencia por una estimulación del mundo externo, podrían reactivarse tanto por un proceso voluntario como involuntario y aún sin estimulación externa relevante. La vida de un sujeto se presenta como una suerte de vaivén permanente entre el instante presente (en que los sistemas sensoriales están en acción) y el recuerdo de las representaciones (en que se activan los sistemas de memoria). A la percepción y al recuerdo consciente de las representaciones acompaña el fenómeno de las emociones involucradas, sensaciones conservadas a la par de la representación bajo la forma de marcadores somáticos, llamados así por Antonio Damasio en su obra *El error de Descartes*. (19)

Los autores resumen lo novedoso del concepto describiendo cómo las percepciones externas pueden dejar huellas sinápticas que se inscriben en la red neuronal por medio de los mecanismos de plasticidad y afirmando que estas huellas sinápticas son los correlatos neurobiológicos de lo que Freud designó *signos de percepción*. La teoría de los marcadores somáticos que mencionan, plantea que a una percepción dada le está asociada un estado somático, esta es la base de la teoría de las emociones y de los mecanismos de toma de una decisión tendiente a la acción.

A la dimensión elemental que relaciona directamente percepción y respuesta motriz, se le agrega la dimensión vinculada con los marcadores somáticos que permiten predecir sobre la base de representaciones construidas, cuál será la consecuencia de la respuesta motriz. De esta manera el aspecto emocional modula el *bucle reflejo* percepción- acción, aspecto emocional ligado a su vez, al estado somático asociado con una percepción. Esta concepción permanece en el dominio de lo consciente: la realidad externa emerge en la conciencia asociada inextricablemente con un estado somático. Es considerada en este planteo, una

tercera dimensión inconsciente y la constitución de una realidad interna única y nueva para cada individuo, y que se distingue de la realidad psíquica y biológica externa, que es idéntica para todos. Las leyes que rigen la realidad interna por medio de transcripciones sucesivas, conducen a una complejidad nueva donde los significantes ya no presentan una relación simple con el significado de la realidad externa; si en un principio las palabras y los fonemas se correspondían con un significado de la realidad externa, a partir de un movimiento que opera en el nivel inconsciente, los significantes se asocian a otra cadena de otros significantes para producir nuevos significados. En este recorrido, un mismo significante puede estar asociado a una realidad externa y al mismo tiempo a otro significado en la realidad interna y se mantiene en construcción permanente hasta separarse del significado inicial, que se pierde en el camino; de esta manera un significante resulta equivalente tanto a un signo de percepción como también a una huella sináptica.

Así como la base biológica de las emociones en el dominio de la conciencia está conformada por la asociación entre la percepción de la realidad externa y el estado somático; del mismo modo la asociación entre los significantes de la realidad interna y un estado somático se ubica en el origen del concepto freudiano de pulsión. La realidad interna y la realidad externa es percibida e integrada de la misma manera, esta última conforma una fisiología sensorial mientras que la percepción de la realidad interna constituye una fisiología del inconsciente. Las fuertes y notables percepciones de la realidad interna y de la realidad externa, alimentan y se integran en el mismo nivel operacional a fin de generar una acción, un comportamiento. Cabría preguntar en qué nivel ocurre dicha integración; la respuesta ofrecida describe la teoría de los marcadores somáticos, que afirma que un estado somático dado, permite guiar el proceso de decisión consciente mientras que la percepción de la realidad interna influirá en la toma de decisión final que conducirá a un comportamiento determinado. La visión estática del sistema nervioso encuentra una salida con los aportes que muestran cómo la plasticidad de la red neuronal permite la inscripción de la experiencia, la comprobación común a ambas posturas (neurociencias y psicoanálisis) es que la experiencia deja una huella.

La plasticidad es considerada la base de los mecanismos de la memoria y del aprendizaje y su existencia comprobada por resultados experimentales es reciente, sin embargo la hipótesis de la remodelación sináptica permanente en función de la experiencia vivida es antigua: los mecanismos de plasticidad operan a lo largo de la vida del individuo y determinan de manera significativa su devenir; hipótesis que fue

retomada muchas veces y que preparó un terreno conceptual para recibir los datos experimentales. A través del concepto de huella mnémica dejada por la percepción y de sus diferentes niveles de inscripción, Freud introdujo la novedad de suponer la existencia no de una sola inscripción de la experiencia, sino de una transcripción en diferentes sistemas que llevaban a la constitución de una vida psíquica inconsciente. La invitación de los autores es a realizar la pregunta por una etapa del conocimiento biológico que permite objetivar la huella producida por la experiencia, bosquejando un puente entre la huella psíquica y la huella sináptica establecida en la red neuronal. Avanzan con la respuesta afirmando que, por medio de la plasticidad neuronal, las huellas se inscriben, se asocian, desaparecen y se modifican a lo largo de la vida, precisamente son estas huellas las que determinarán también la relación del sujeto con el mundo exterior, teniendo un efecto sobre su destino. Dejan planteada una nueva pregunta por la conservación de la identidad del sujeto a lo largo de su historia: ¿por la plasticidad el sujeto es modificado permanentemente? Plantean que podría repararse en la diferencia entre plasticidad y flexibilidad o adaptabilidad permanente, observando que éstas últimas despojan al sujeto de cierto determinismo y de cierto destino que le son propios. Sostienen que la individualidad emerge a partir de la plasticidad, que cada una de las experiencias de un sujeto es única y su impacto también lo es. Es posible considerar la experiencia como determinante en el devenir de un sujeto, ya que esto permitiría alejarse de un determinismo genético y apreciar cómo la plasticidad permite la singularidad del sujeto y el carácter de único a cada cerebro humano. Con respecto a la constitución de la realidad interna inconsciente fundada a partir de los mecanismos de la plasticidad, cabría señalar que no se trata exclusivamente de un fenómeno de orden psíquico, sino que también involucra al cuerpo. La plasticidad neuronal puede apreciarse en tanto hecho biológico, pero también en la convergencia que implica entre huella psíquica y huella sináptica en la interfaz entre sujeto y organismo y en su significativo papel en la emergencia de la individualidad. (15)

Custodiar la vida.

Como ya se ha mencionado anteriormente, la base del personalismo ontológico es el enunciado que afirma que el hombre es siempre una persona, cada hombre es un individuo distinto de todos los demás. Esta base señala el valor central

de la persona y afirma superada la tentación reduccionista de considerarla tal, solo a partir del ejercicio de la autoconciencia; esto abre el camino que conduce a una valoración más profunda de la persona, que no se basa en el obrar sino en el ser. (20) La propuesta personalista hace constante referencias a la realidad corporal/espiritual de la existencia humana, al orden creado, y a la permanencia de la ley natural escrita en el corazón de cada hombre. El hecho de asumir que posee un camino moral a partir de su propia naturaleza, así como el reconocimiento explícito de esta, el valor del libre albedrío en las decisiones humanas y la referencia a Dios como su fin último, deja sentados sus pilares fundamentales. Mons. Elio Sgreccia presenta el valor central de la persona: *“Que el hombre represente un vértice en la vida del universo en el reino constituido por las varias formas de vida no es negado por nadie, tanto el científico como el filósofo...”* (3) Postura que resulta cuestionada por ejemplo, por planteamientos conductistas¹, estructuralistas², sociobiológicos³, etc⁴. lo degradan al nivel del animal o incluso de la máquina⁵ cifrando la diferencia entre el ser humano y las demás especies animales a un conjunto de datos meramente cuantitativos).

Inclinado frente al sufrimiento de su paciente enfermo, el equipo médico se encuentra en la misión de proteger la vida débil y conservar la dignidad del individuo. En esta escena el elemento que no debe variar sino todo lo contrario, volverse criterio común, es aquel que considera que la persona humana debe ser custodiada y defendida desde su concepción hasta su muerte *“y de esta forma avanzar en el camino de la bioética que pone el bien de cada hombre por encima de todo otro interés”*. (20)

¹ Cf. Skinner, B.F., *Más allá de la libertad y de la dignidad*, Barcelona 1972.

² Cf. Entre otros, Lévi-Strauss, *Antropología estructural*, Buenos Aires 1968; Id., *El pensamiento salvaje*, México 1960; Foucault, M., *Las palabras y las cosas*, México 1968; Althusser, L., *La revolución teórica de Marx* México 1972; Id., *Leer el Capital*, México 1968; Id., *Para una crítica de la práctica teórica. Respuesta a John Lewis*, México 1974. Entre los psicólogos Lacan es quien propugna el antihumanismo del inconsciente (cf. Lacan, L., *Las formaciones del inconsciente*, Buenos Aires 1970).

³ Wilson, E.O., *La Sociobiología, la nueva síntesis*, Madrid 1983. Por su parte el humanismo biólogo o genetista disuelve al ser humano a la lógica de los genes (Dawkins, R., *El gen egoísta*, Barcelona 1979); otro tanto ocurre en autores como Monod, J., *E l'azar y la necesidad*, Barcelona 1971; Rostand, J., *El hombre y la vida*, México 1973; Morín, E., *El paradigma perdido. Ensayo de bioantropología*, Barcelona 1992.

⁴ Por no citar todos aquellos que se empeñan en privar al hombre de su condición de sujeto y dueño de su propio destino y autorrealización

⁵ Cf. Mackay, D., *Brains, Machines and Persons*, London 1980; Ruiz de Gopegui, L., *Cibernética de lo humano*, Madrid 1983

Para la interpretación personalista el hombre no tiene un cuerpo, sino que es cuerpo, es una corporeidad, aunque no se agota en ella. Juan Pablo II acentúa que se ha de garantizar el respeto incondicional que moralmente se le debe al ser humano en su totalidad y unidad corporal y espiritual. (21) El hombre no es algo ya hecho, sino que es algo que se está haciendo, una estructura abierta, dinámica, transformante, pero siempre sujeto libre y responsable. En este completarse continuamente puede ordenarse y gobernarse a sí mismo y buscar los bienes que le son necesarios para el perfeccionamiento integral como persona. En esa búsqueda podrá recurrir a su interioridad. (22)

Con su razón, el hombre desde siempre se interroga sobre todas las cosas. En la Encíclica *Fides et Ratio*, Juan Pablo II (21) considera esta premisa del hombre, que quiere conocer la verdad y afirma en el capítulo III que incluso la vida diaria muestra cuán interesado está cada uno en descubrir cómo están verdaderamente las cosas. Esta búsqueda tiende hacia una verdad que pueda explicar el sentido de la vida. Esta verdad también se encuentra en el testimonio de los otros, lo cual forma parte de la existencia normal de una persona: *"En la vida de un hombre, las verdades simplemente creídas son mucho más numerosas que las adquiridas mediante la constatación personal"*. (21) San Agustín de Hipona sostiene que no es posible que el camino de la verdad esté cerrado a la mente humana; afirma que, si el hombre no la encuentra, es porque ignora o desprecia el método para buscarla. Comprende que razón y fe son dos fuerzas destinadas a colaborar para conducir al hombre al conocimiento de la verdad y que cada cual tiene un primado propio. (23)

Pensar la práctica profesional tomando en cuenta el ejemplo y las enseñanzas agustinianas, se plantea como un reconocimiento a la doble dimensión de una sola verdad, la de Dios y la del hombre; una verdad recreada y adaptada para un ser humano sumergido en el mundo y sometido a un permanente cambio de sí mismo. Siempre se ha considerado gigante el legado intelectual y espiritual de Agustín de Hipona, por su capacidad de tratar sobre lo que más interesa al ser humano. Es el Padre de la Iglesia más influyente y, a pesar de haber vivido en el siglo V, sus escritos mantienen una asombrosa actualidad. Por su vasta y perdurable irradiación puede afirmarse que San Agustín de Hipona figura entre los pensadores más influyentes de la tradición occidental. La recompensa escatológica a una vida justa y el llamado a transformar la sociedad de acuerdo al mensaje evangélico (ambos presentes en el centro de la reflexión agustiniana) cambiaron para siempre la forma en que los individuos y los grupos humanos consideran su tiempo y su historia. (22) Peregrino

de la subjetividad, San Agustín enfrentó e indagó las vicisitudes de la naturaleza humana, desde el sexo, las pérdidas y el mal. Fue una personalidad compleja y gran parte de su vida fluctuó entre el ferviente deseo de encontrar a Dios y el cuestionamiento constante que lo obligaba a profundizar su propia fe. Su conversión fue un devenir constante, una lucha que nunca terminó de resolver. En sus *Confesiones* interrogó la condición humana: “*He llegado a ser un problema para mí mismo*”. “¿*Qué soy Dios mío? ¿Qué es mi naturaleza?*” (23)

San Agustín comprendió que el yo poseía una vida interior distinta a la razón. Estas preguntas lo condujeron a pensar y funcionar en primera persona, adentrándose en el mundo interno, ofreciendo un encuentro con lo humano que vuelve inteligible una trama del tiempo. Estaba en un estado de búsqueda permanente, de un objeto que no tenía existencia material y que se hacía presente una vez que había sido elegido. Temía no ser consciente de la naturaleza de su ser, por eso, aun sabiendo, sentía que no estaba preparado y constantemente le pedía castidad a Dios. Fue un hombre valiente, que ahondó con coraje en las profundidades de su mundo interno. (24) Con la justeza que lo caracteriza, San Agustín planteó el contrapunto que significa el libre albedrío y la gracia divina. ¿Cómo pensar que hay una gracia divina omnipotente y, a la vez, el libre albedrío que parecería contradecir ese poder sin límites de Dios? Varios autores señalan que hubo sectas heréticas que dijeron que, si todo es creado por Dios, el mal que se puede hacer también hay que imputárselo a Dios, y que entonces ni siquiera puede decirse que existe el mal. Pero San Agustín afirmó que la gracia divina es también algo que se debe implorar para que esa libertad que Dios otorgó pueda ser usada del mejor modo . (25)

Podría argumentarse que para el quehacer médico, a cargo de la atención y el cuidado de la persona enferma en situación terminal, se trata exactamente de la misma cuestión, claro que no en términos teologales. La libertad y la verdad son puestas en el corazón de la práctica de la medicina y esto vale no sólo para el paciente, sino también para el médico. La verdad está en el corazón de la experiencia de curar, aliviar y cuidar; y podría decirse que coincide con Agustín, allí donde subiendo los peldaños de las ascensiones interiores, describe un programa que comprende el movimiento del alma y hasta se puede ajustar en la contemplación. (24)

Custodiar la vida del hombre se vuelve responsabilidad de todos. Es posible aprender de San Agustín el camino de la purificación, la constancia, la serenidad; aprender a reconocer las características del amor: incipiente, adelantado, intenso, perfecto. A reconocer el trinomio verdad, amor, libertad; tres bienes que se dan juntos.

Es posible aprender que quien busca la verdad, no puede perder la esperanza de encontrarla. Es posible aprender la importancia de la humildad en esta búsqueda. La exigencia de custodiar la vida humana debe ser mayor, pues en cada prójimo se manifiesta este don de Dios. Toda una invitación para los hombres de ciencia: a reconocer en las cosas creadas las huellas de Dios, a apreciar la armonía del universo, a amar la paz y a promoverla en sus prácticas.

ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO SOBRE EL TEMA

Empatía

La importancia de la empatía en la vida del ser humano ha sido demostrada desde el enfoque de diversas ciencias como la antropología, la filosofía, la neuropsicología, la sociología, entre otras.

Del griego Empatheia el término remite a entrar en sentimientos desde el exterior o estar con los sentimientos, las pasiones o el sufrimiento de otra persona. La palabra empatía muestra la importancia de meterse en un sentimiento para ver y sentir el mundo desde el punto de vista de otro, intentar comprenderlo y transmitir esa comprensión en la relación intersubjetiva. En su texto *Empatía, el arte de entender a los demás*, el autor Marcelo Rivero Guzmán describe el concepto introducido por el filósofo Theodor Lips en 1903, quien aludió a la capacidad natural del hombre para percibir y reaccionar al dolor dando respuestas solidarias. (26) La conceptualización continua según el psicólogo Edward Titchener que describe en 1909 el fenómeno de entrar en la experiencia subjetiva de otra persona para obtener una apreciación más profunda de sus sentimientos y pensamientos y acuña el concepto, que luego sería considerado clave en la interacción social y en el establecimiento de vínculos entre individuos. Existen estudios que adoptan una definición de empatía que la entiende como el fenómeno que incluye la interacción de procesos afectivos, cognitivos y motivacionales, así como también los mecanismos neurobiológicos (27).

Creemos que es de utilidad reparar en la *precisión empática* que sugiere un esfuerzo activo y un desafío cognitivo para lograr la aprehensión intelectual o imaginativa de la condición o estado mental de otra persona. La empatía despierta la capacidad de reconocer la personalidad, la condición emocional, las creencias y los deseos de otras personas para dar sentido, predecir y anticipar su comportamiento.

Podría definirse como la capacidad de identificar lo que alguien más está pensando o sintiendo, captar lo que necesita y responder a sus pensamientos y sentimientos con una emoción apropiada, expresando una conexión sincera con la otra persona, acompañando a este sentir, el deseo de consolar y de ayudar. En este proceso se combinan la observación, la memoria, el conocimiento y el razonamiento para obtener información sobre los pensamientos y sentimientos de los demás. Descrita en su forma más visceral, se afirma que la empatía se siente primeramente en el cuerpo y que es posible sentir físicamente la alegría, el miedo o la tristeza del otro y así conocer algo de su mundo. (28) Al encontrarse dos personas por primera vez a través de sus cuerpos y de sus sentidos, antes de apelar a su ser racional, se muestra cuán directo y poderoso es el reconocer los sentimientos del otro como sentidos físicamente: en su forma más básica, al decir del autor, David Howe, autor de la teoría del vínculo afectivo, la empatía es corporal. (29) Por lo tanto, se afirma que las sensaciones físicas se pueden sentir como sentimientos subjetivos y éstos se pueden pensar. Así, la empatía puede ser el resultado tanto del pensamiento como del sentimiento, de la cognición como del afecto. (30) Varias conceptualizaciones de la empatía la delimitan como el conocimiento del estado cognitivo y afectivo de otra persona, la imitación de la respuesta motora o neural de otro, la resonancia emocional a través de la cual es posible sentir lo que el otro siente, la proyección intuitiva en la situación de otro, la creación de una representación de los sentimientos de otro basados en el conocimiento que se tiene de esa persona, la imaginación de lo que se podría pensar y sentir en lugar de otro, la comprensión de las necesidades del otro y el deseo de ayudarlo (27) (31). A través de la empatía, una persona puede abrirse a los demás, saliendo de su propio yo. La naturaleza humana hace que un sujeto esté preparado para sentir a otro, experimentando lo que siente y hace. Sería deseable analizar cómo las características únicas de la relación entre individuos y la información contextual frente a un mismo estímulo modulan las respuestas empáticas. (26) (32)

Las metodologías empleadas para medir la empatía fueron agrupadas en tres niveles de análisis: autopercepción, comportamental y neurobiológico. En el nivel de autopercepción es posible encontrar escalas de autorreporte, en el nivel comportamental las mediciones observan simulaciones, presentación de imágenes o filmaciones cortas y narrativas y en el nivel neurobiológico los indicadores considerados son los del sistema nervioso central y periférico, los abordajes

farmacológicos, neuroquímicos y génicos. En tanto implica una experiencia subjetiva, la empatía puede ser abordada a través de enfoques cualitativos de investigación en contextos específicos, para poder ahondar en vivencias individuales. Cuando el enfoque es cuantitativo, suelen utilizarse las escalas de autorreporte, ejemplos de algunas de ellas son el Interpersonal Reactivity Index (IRI), el test de empatía cognitiva y afectiva (TECA) y el Empathy Quotient. El IRI ha sido la escala de medición más utilizada; basada en una concepción de la empatía como conjunto de constructos discriminables, pero relacionados, los evalúa mediante dos dimensiones cognitivas y dos afectivas. Las dimensiones afectivas son estimadas a través de las subescalas *malestar personal* (MP), que comprende los sentimientos negativos que le genera al individuo percibir a otra persona sufriendo, y *preocupación empática* (PE), que evalúa los sentimientos de compasión y deseo de alivio del otro. Las dimensiones cognitivas son estimadas mediante las subescalas *toma de perspectiva* (TP), que evalúa la disposición a entender que otros puedan tener ideas y sentimientos distintos de los propios, y *fantasía* (F), que contiene ítems referidos a la tendencia a ponerse en el lugar de personajes ficticios. A nivel de la autopercepción, las escalas de autorreporte incluyen sentimientos, pensamientos, actitudes y motivaciones que aparecen en torno al fenómeno empático. Estos instrumentos han permitido distinguir los procesos emocionales y cognitivos, contemplan escasamente al componente motivacional, importante en las conceptualizaciones actuales de la empatía. El contexto es otro factor que no ha sido suficientemente considerado en los abordajes descritos. Múltiples factores contextuales, como la experiencia propia en determinados ambientes, la información relacionada con el peligro, la pertenencia o no a un grupo y las diferencias socioculturales inciden en los procesos afectivos, cognitivos y motivacionales de la empatía.

A la complejidad del fenómeno también deben agregarse los factores concernientes a la interacción entre los individuos. (33) Aunque la cercanía afectiva y las características de la persona con quien se empatiza han sido tenidas en cuenta en varias investigaciones, debe recordarse que la respuesta empática implica una relación social compleja entre individuos, que va más allá de las características particulares de cada uno de ellos. (34) Por ello, se ha considerado que deberían incorporarse de manera transversal, en los distintos niveles, algunos factores concernientes a los individuos, por ejemplo, el estado emocional en que cada uno se encuentra, las claves culturales, las experiencias tempranas y presentes, las

habilidades de regulación emocional, la etapa del ciclo vital y el grado de desarrollo de los sujetos, entre otros elementos que influyen en la generación de respuestas empáticas. (27)

En tanto la empatía puede ser cognitiva y emocional, si comprende las dos capacidades, logra tanto la conexión emocional con otra persona como la evaluación cognitiva que activa la búsqueda de alivio del sufrimiento del otro. (35) Mientras la empatía cognitiva permite imaginar qué piensa y siente la otra persona, la empatía emocional conlleva el sentir sus emociones; un tipo de empatía primigenia, más básica que las mencionadas anteriormente, puede describirse como aquella que contagia la risa, el llanto, etc., sincroniza las necesidades comunes de las personas y es anterior a la actividad consciente. (36) Si bien la empatía cognitiva permite tener la perspectiva de otro y así comprender sus reacciones y sus sentimientos, cabe aclarar que este sentir no se comparte. La intención de comprender los sentimientos y emociones, experimentando (en forma objetiva y racional) lo que otra persona siente, suscita el deseo de ayudar, de aliviar el sufrimiento, lo que permite comprender el comportamiento de otro en determinadas circunstancias y la forma en que ese sujeto toma decisiones. (37) La persona empática puede identificarse con el otro, puede establecer relaciones saludables y puede resolver conflictos en pos de convivir armónicamente. (38) Por todo lo dicho, ser empático implica comprender el dolor del otro, reconocer su humanidad y su dignidad. La comprensión surge de prestarle atención, ver los actos y sentimientos del semejante sin juzgarlo. (39) La esencia de la empatía es percibir lo que el otro siente sin decirlo, ya que aquello que un sujeto experimenta, puede ser comunicado también por el tono de su voz, los gestos, la mirada, la postura corporal. La empatía forma parte del desarrollo emocional y social por lo cual es una competencia o habilidad que puede ser desarrollada; es considerada un factor importante para observar la disposición social de las personas y se ha observado que cumple una función inhibidora de la agresividad; su importancia ha sido destacada incluso en estudios que escriben sobre el desarrollo moral de las personas. (40) (41) Genera en un sujeto una respuesta emocional que procede de la comprensión del estado o situación de otro y que es similar a lo que la otra persona está sintiendo. (42) Se ha dicho que una persona es empática si posee la capacidad para comprender al otro y ponerse en su lugar y debe considerarse que para que esto ocurra, la persona dispone no solo de su observación directa de la situación del otro, sino también de la comunicación verbal con el otro. (43) También

dispone de sus propios recursos internos, que le permiten observar con cierta perspectiva su propia posición con respecto a la de su semejante y así también diferenciarse, lo cual le brinda la capacidad de compartir su propio estado emocional. (44)

De esta manera quedan descriptos tres tipos de empatía (45), la empatía afectiva (*yo siento lo que tú sientes*) a partir de la cual una persona posee la capacidad para sentir las emociones y sentimientos que experimenta otra y a su vez tener compasión por ella; se trata de una empatía emocional, con la que es posible sentir y hacerse cargo de la situación de otro; la empatía cognitiva (*yo comprendo lo que te está ocurriendo*) es más bien una habilidad que le permite a un sujeto disponer de un conocimiento más completo y exacto sobre los contenidos de la mente de quien tiene enfrente, esto le permite saber cómo se siente y comprenderlo; es posible percibir cómo son las cosas que ocurren y adoptar la perspectiva del otro; por último, la preocupación empática se manifiesta en la preocupación por los demás y en la oferta de ayuda incondicional y espontánea. Saber escuchar, comprender al otro, identificarse con el otro, ser solidario y ser respetuoso, son características de un sujeto empático, que ha desarrollado su inteligencia emocional, que es sensible y permeable al sufrimiento tanto propio como ajeno.

Actividad neuronal

Investigaciones de la Universidad de Colorado en Boulder (Estados Unidos), muestran estudios en los cuales fueron cartografiadas áreas del cerebro humano asociadas con dos componentes de la empatía: la identificación con otra persona y la compasión que nace de la comprensión de su situación; se utilizaron técnicas de neuroimagen a través de las cuales los científicos descubrieron que los circuitos implicados en ambos procesos son distintos y que se asocian con emociones diferentes. El nuevo mapa fue presentado en la revista *Neuron* (46), anunciando que tendrá aplicaciones en el diagnóstico de trastornos relacionados con la empatía, los investigadores comprobaron que cuando las personas se exponen al padecimiento de otro, primeramente, se contagian su sufrimiento, ya que se activan regiones implicadas en la representación mental del estado del propio cuerpo y del de otras personas. A este sufrimiento por empatía lo sigue la compasión, “*un sentimiento de simpatía y ternura*”, en palabras de los autores, que incita a ayudar a la persona con la que se empatiza, de esta manera, los circuitos que se activan participan en la

valoración, la confianza, el apoyo a un ser querido y el comportamiento social, entre otros.

A partir de la empatía, resuenan los sentimientos y estados mentales de otra persona, esta habilidad social central se muestra moldeada por disposiciones biológicas y experiencias de cuidado, remite a la evolución de los mamíferos en tanto elemento útil para mejorar la supervivencia de las especies y permite la comunicación grupal entre pares, habilitando así la vida social. Sin embargo, se desconocen los mecanismos que sostienen la maduración de la base neural de la empatía (47). La experiencia diaria de la empatía implica no sólo la simulación de los estados corporales y afectivos de los demás sino también la posibilidad de inferir sobre sus estados mentales. En el marco de las neurociencias se distinguen ambos procesos y se los examina por separado, pudiendo diferenciarse dos componentes, la resonancia afectiva y cognitiva, por un lado y la mentalización, por el otro. Esta dicotomía fue mapeada en distintas estructuras cerebrales y redes neuronales: la resonancia afectiva, que implicaba la respuesta al dolor y los sentimientos de los demás, es ubicada en dependencia de estructuras que apoyan la percepción sensoriomotora y su representación en el propio cerebro, como la corteza somatosensorial primaria; la CSMSMP está compuesta por dos áreas principales, el área somatosensorial primaria de la corteza cerebral -conocida como S1- que se encuentra en la circunvolución poscentral del lóbulo parietal y recibe información de los receptores sensoriales en todo el cuerpo, (corteza cingulada anterior y área sensoriomotora (SMA), implicando la red de simulación incorporada); el segundo de los procesos que involucra la mentalización, integra regiones corticales de orden superior que permiten comprender la vida mental de los demás e incluye la corteza prefrontal (PFC), la unión temporoparietal, el surco temporal superior (STS), y el polo temporal.

Los Programas del cerebro.

“El entendimiento del cerebro como sistema complejo, dentro del cual se disciernen unidades de procesamiento que interactúan las unas con las otras, es hasta ahora el abordaje más acertado y fructífero de la ciencia” (48) Dado que la fenomenología de las emociones y motivaciones es uno de los ámbitos menos explorados del procesamiento cerebral, ¿cabría preguntarse cómo se conecta el plano etéreo de la actividad mental con el puñado de materia física al que se llama cerebro?

La Teoría Computacional de la Mente que surgió en la década del 1940 sostuvo como premisa fundamental que la actividad fundamental del cerebro es el procesamiento de información, donde las creencias y deseos son procesos de información gestionados por la actividad neuronal. El concepto de Teoría de la mente se refiere a la habilidad para comprender y predecir las conductas de las personas, sus conocimientos, sus intenciones y sus creencias; cómo un sistema cognitivo logra conocer el contenido de otro sistema cognitivo diferente de aquel con el que se lleva a cabo dicho conocimiento. (49) Se trata de una habilidad cognitiva que permite acceder o reconocer el estado mental de otra persona. Se divide en diferentes procesos que son evaluados para determinar con qué estructura cerebral se relacionan. Alude a un conjunto de habilidades metacognitivas complejas, por lo que se adivina que su evaluación también ha de serlo. Los niveles de complejidad son: reconocimiento facial de emociones, creencias de primer y segundo orden, utilización social del lenguaje, comportamiento social y empatía. La corteza prefrontal se relaciona con la teoría de la mente, en tanto sus funciones implican la autoconciencia humana, la personalidad, la inteligencia y el juicio ético. El reconocimiento facial de emociones guarda relación con la amígdala y evalúa emociones como el miedo o el asco. La amígdala reconoce e identifica emociones, convierte las representaciones perceptuales en cognición y conducta, dotando a los estímulos de valor emocional y social; reconoce el peligro y las amenazas, permitiendo procesar los estímulos y activar conductas de retirada. Las tareas de creencias falsas y las creencias de segundo orden, relacionadas con la memoria de trabajo y el control ejecutivo, requieren que el sujeto tenga capacidad de registro, actualización y mantenimiento o inhibición de la información. Un tercer nivel de complejidad en la Teoría de la mente es el que ubica la capacidad para extraer un significado en función de un contexto social particular, generar un significado determinado en un contexto concreto. La valoración de la sensibilidad social también se ha estudiado en pruebas que relacionan *las meteduras de pata* (faux pas) y los problemas conductuales, permitiendo diferenciar las funciones ejecutivas y la memoria de trabajo (relacionadas con la corteza prefrontal dorsolateral) y las tareas de toma de decisiones, el reconocimiento emocional del otro (relacionados con el córtex frontal ventromedial). (50) Esto permite valorar aspectos emocionales complejos que surgen en la interacción social. La distinción entre juicios personales e impersonales es relevante en el estudio de la teoría de la mente. Aspectos que implican introspección y abstracción intervienen en el razonamiento moral, componentes de la empatía

producen activaciones emocionales a partir de la posibilidad del sujeto de verse a sí mismo en una determinada situación, lo cual modifica sus juicios morales. La condición moral personal se produce a partir de una mayor activación en el giro frontal medial y en el giro angular bilateral, áreas cerebrales que son relacionadas con la emoción. El proceso de información que implica juicios morales y carga emocional sugiere una activación del córtex orbitofrontal; cuando se valora la empatía y la compasión se activan (entre otras partes, ya que no son las únicas que se activan. Por ejemplo, también se activa la circunvolución frontal inferior, llamada región de la empatía; la circunvolución temporal superior que interpreta emociones, la amígdala, etc.) la corteza frontal medial y las regiones del cíngulo posterior; así la empatía y la teoría de la mente se relacionan con una compleja red neural. (51) Las diferentes variantes en los dilemas morales plantean el entramado de variables individuales en las que se valoran beneficios logrados, daños infringidos o familiaridad de los implicados. En resumen, la cognición social recoge tres aspectos fundamentales: la percepción de las expresiones emocionales, la línea que investiga la capacidad para atribuir deseos, intenciones y creencias a otros y la relacionada con la empatía que explica aspectos cognitivos y emocionales que permiten 'ponerse en el lugar del otro'. Se trata de un proceso complejo en el que los mecanismos para percibir, procesar y evaluar los estímulos permiten una representación del entorno social. La diferencia entre cognitivo y emocional se presume artificial: el procesamiento de la información y los aspectos emocionales y afectivos ocurren en una historia individual y personal que de alguna manera modula las conexiones sinápticas. La inteligencia emocional y social recoge la capacidad de ser conscientes y de expresar las emociones propias, la habilidad de ser conscientes de los sentimientos de los otros y de establecer relaciones interpersonales, la capacidad para regular los estados emocionales, la posibilidad de solventar los problemas de naturaleza personal e interpersonal que se planteen, la capacidad de interactuar con el entorno para generar emociones positivas que sirvan como automotivadoras. (52)

Cuatro décadas más adelante, el filósofo Jerry Fodor planteó la visión genérica de un cerebro con mecanismos de procesamiento que organizan la información. (53) Fodor defendió la idea de *procesos modulares*: sistemas funcionalmente especializados, que se definen por las cosas especiales que hacen dada la información disponible para ellos. Su teoría sostiene que los módulos no son visibles como territorios circunscriptos en la superficie del cerebro, probablemente se

parezcan a un tendido de vínculos desarrollados de forma irregular a través de las protuberancias y de las grietas del cerebro, o bien a un circuito desperdigado entre las regiones interconectadas por fibras y aferencias neuronales, provocando que dichas regiones involucradas actúen como una unidad de procesamiento.

Es desde la Psicología evolutiva que fueron sugeridos los módulos como unidades de procesamiento mental, que evolucionan gracias a la presión selectiva y, por lo tanto, desarrollan respuestas muy concretas a las presiones del entorno y de otros. Uno de los postulados de dicha disciplina es que la mente está organizada con funciones caracterizadas por su *especificidad de dominio*. Las lesiones cerebrales que producen disociaciones fuertes son halladas en el campo médico como evidencias al respecto, patologías que causan déficits perceptivos muy específicos y que resultan muy informativas sobre los mecanismos cerebrales y contribuyen a reconocer la organización del cerebro en unidades de funciones en módulos o programas de carácter perceptivo. Estos programas de dominio específico involucran no solo lo perceptual sino también lo cognitivo; el entendimiento del cerebro como sistema muy complejo dentro del cual se disciernen unidades de procesamiento que interactúan unas con otras, es presentado como un abordaje acertado y fructífero que describe un paradigma denominado *programas del cerebro*, incorporados éstos últimos para el estudio de las emociones. El psicólogo Silvan Tomkins propuso a su vez, la diferenciación de la emoción según guiones que proveen *programas para actuar*, y los distinguió como sistemas primarios motivacionales y emocionales. (54) El neurocientífico Jaak Panksepp fue quien descubrió sistemas emocionales que clasificó según se detalla: sistema de Búsqueda, de Ira, de Miedo, de Atracción Sexual, de Cuidado Materno, de Dolor, de Separación, sistema de Juego. (55)

Este planteo del Modelo de Funciones Emocionales (55) reúne ocho procesos con los cuales se permite explicar la mayor parte de la vida social del ser humano, se trata de procesos cerebrales discretos que le asignan valor y sentido a las circunstancias, están fuera de la propiedad de la conciencia y se las presenta como componentes menores que las experiencias sensibles, tanto emocionales como motivacionales; como resultado de su activación conjugada con otros recursos cerebrales y corporales (interocepción, atención, memoria, recursos cognitivos), tienen la capacidad de iniciar conductas y provocar experiencias internas. Las funciones a las que se hace referencia son las siguientes: búsqueda de novedad, búsqueda de certidumbre, búsqueda de aprobación, dolor, replicación, empatía,

búsqueda de autosuficiencia, comparación. Estas ocho funciones emocionales poseen cuatro propiedades intrínsecas: cada una es independiente de la otra, están fundamentadas en cómo el cerebro gestiona la información; el resultado de cada función emocional puede ser utilizado por otros procesos del cerebro, por ejemplo cognitivos o del sistema nervioso autónomo; cada función emocional exige recursos muy particulares del cerebro (estructuras cerebrales, circuitos de neuronas, intervención de neuropéptidos); cada función emocional se activa bajo determinado input, producto de los procesos de interpretación del cerebro (percepción, elaboraciones cognitivas, anticipaciones y memorias e interocepción). Queda planteado que de acuerdo con la interpretación de las circunstancias y de lo que le sucede a un individuo, se le activarán ciertas funciones emocionales y no otras. Se activan en general durante la parte no voluntaria del cúmulo de procesos de interpretación y en el caso de las emociones más sociales se considera también el aprendizaje que el individuo haya hecho a lo largo de su vida, con lo cual podría también afirmarse que buena parte de las respuestas sociales comienzan antes de que el individuo se dé cuenta en forma consciente. Un trabajo voluntario de interpretación permite reforzar las funciones emocionales ya activadas o bien desactivarlas o incluso activar funciones emocionales diferentes. Es desde este ángulo que puede pensarse el concepto de inteligencia emocional: haciendo intervenir la voluntad es posible reinterpretar la experiencia para desactivar a tiempo la emoción que no corresponde y promover un proceso emocional alternativo, gracias a los efectos que la interpretación tiene como input sobre las funciones emocionales.

Relación médico- paciente

En el cuidado de la salud del paciente, la empatía en tanto atributo conductual implicará la capacidad del médico para comprender la experiencia del paciente en el proceso salud- enfermedad. El paciente experimenta una mejora en el nivel de satisfacción en relación con la atención recibida, aumenta también su complacencia con su médico y puede entablar una mejor relación terapéutica; el médico mejora en la elaboración de la historia clínica de su paciente, el examen físico, la elaboración de un diagnóstico y la propuesta de un tratamiento posible. Brindar un cuidado compasivo, tomar una adecuada perspectiva de la situación de enfermedad y ponerse en el lugar del otro son factores que no intervienen de manera independiente (56).

En el establecimiento de la relación médico- paciente, suele distinguirse inicialmente un momento operativo que incluye la acción médica, que se extiende desde la recepción del paciente hasta el alta médica, una vez que se ha cumplido el objetivo de la intervención. Este momento puede culminar con el éxito terapéutico, con el alivio o con el fracaso, lo que será condicionante del tercer momento, denominado momento afectivo; en donde ocurren tres formas de vinculación afectiva entre el médico y su paciente: la camaradería médica, la transferencia y contratransferencia y la amistad médica en sentido estricto. Esta afectividad está condicionada por la satisfacción del paciente y por el grado de confianza que haya alcanzado la relación. (57)

Otro momento importante para el establecimiento de una buena relación, es aquel en el que la asunción del propio dolor le permite al sujeto darle un sentido que va más allá de sí mismo y compromete su capacidad de autor trascendencia, momento en el que se tratan aspectos relacionados a la espiritualidad e involucran tanto al médico como al paciente. (58) El miedo que experimenta un ser humano ante un posible mal futuro, independiente de una amenaza presente y sensible, indica en él una proyección interior que trasciende los parámetros del tiempo.

Entre los componentes de una comunicación adecuada y efectiva se encuentra el hecho de que el médico identifique los problemas de su paciente con mayor precisión, lo cual es beneficioso para el desarrollo de la enfermedad y el tratamiento que inicia, pero también para mejorar el nivel de satisfacción de ambos actores de la relación. Por otro lado, la comunicación entre el médico y el paciente ayudan a mejorar no solo los aspectos psicológicos de la atención sino también a que disminuyan las molestias físicas. (59) (60)

Establecer un terreno común en esta alianza terapéutica, es fundamental para establecer la confianza del paciente y la precisión diagnóstica del médico. Se trata del establecimiento de una identificación recíproca que se desarrolla cuando el profesional y la persona enferma alcanzan un entendimiento mutuo y establecen un vínculo que incluye las tomas de decisiones en forma compartida. El vínculo construido sobre la base de la buena comunicación entre médico y paciente puede también recuperar valores que a veces podrían perderse. La búsqueda de verdad y de sentido, las emociones y la empatía pueden ser exaltadas y cultivadas por la habilidad empática y la sensibilidad moral del médico que ofrece su ciencia para

ayudar a la persona que sufre. La relación asistencial implica actos de interpretación, una hermenéutica, que no comprende sólo lo biológico, sino lo biográfico y lo axiológico. Una misma historia de enfermedad da lugar a distintas historias clínicas, a interpretaciones quizás opuestas, a dispares diagnósticos, a una disímil jerarquización de hechos y valores que dependen de quién es el que escucha. (61)

Es una conclusión probada que la participación del paciente en la toma de decisiones terapéuticas mejora la eficiencia terapéutica y que la ausencia de comunicación, información y soporte emocional, influyen en el comportamiento del paciente respecto a su patología. (62) La relación médico paciente es considerada muy relevante en los procesos diagnósticos físicos y psíquicos. Esta dimensión es estudiada en nuestros días, para reforzar el rol del médico en las entrevistas clínicas, en los interrogatorios y anamnesis. El establecimiento de una buena relación médico paciente proporciona información relevante en todas las etapas del tratamiento de la enfermedad y su estudio se fundamenta en la preocupación autentica del médico por los padecimientos del paciente apoyándose en el lenguaje verbal y corporal, en la empatía, el contexto sociocultural, el carisma y las habilidades de comunicación. Varios autores han considerado que la conversación con el enfermo es muy importante no solo para arribar a un correcto diagnóstico sino también para establecer un tratamiento determinado y tomar decisiones en el proceso de la enfermedad. El valor de la palabra se destaca como un instrumento principal en esta comunicación, lo que se dice y como se dice, ejerce una gran influencia sobre la persona enferma, por lo cual se recomienda una valoración individualizada de cada encuentro. (63) El lenguaje corporal con sus expresiones gestuales y posturales, suele indicar cuánto se sabe escuchar y muchas veces de cómo puede lograrse que la entrevista clínica avance en el terreno de la comunicación o retroceda completamente en cuanto a la utilidad de continuarla; la entonación y las inflexiones de la voz, la mirada, la mímica, los silencios y el contacto manual, por citar algunos elementos cardinales, son formas de comunicación que desempeñan una función primordial en la relación mencionada. (64)

Los estudios revisados enfatizan la comunicación empática en el trato con el paciente, indican que colocarse en el lugar del enfermo representa una actitud que favorece el respeto y dignifica la relación personalizada y tiñe de singularidad cada encuentro. El interés de los estudios sobre la relación médico paciente subrayan la necesidad de que estén presentes en el profesional cualidades y actitudes que

inspiren confianza, simpatía, seriedad y prudencia. Con respecto a la forma de hablar, se espera que sea sosegado, que hable claro y preciso. Que exista un buen manejo del humor, que las intervenciones sean cordiales y afectuosas, naturales, sencillas, cooperativas y espontáneas. Si esto ocurre, se refleja en el profesional un interés sincero por los problemas de salud del paciente y eso a su vez, lo hará actuar con cautela al indagar sobre su intimidad y al reflexionar sobre los desaciertos ocurridos en el tratamiento. (65) (66) (67)

Por otro lado, es subrayada la importancia de tomar en cuenta también la percepción y el sentir del médico, tan importante como la del paciente para lograr la empatía necesaria para enfrentar la dirección de una cura. Por parte del médico debe conocer su carácter, sus debilidades, su nivel de información, su capacidad resolutive del problema y cuando debe recurrir a otro colega. Se infiere que se trata de entablar con el enfermo una relación temporal, psicológica, fraterna y profesional, que jamás pueda ser sustituida por un vínculo impersonal a través de los procedimientos técnicos o el uso de la comunicación electrónica como medio de enlace, ya que está indicado que debe desarrollarse en un contexto humano. (68) La buena comunicación que un profesional de la salud mantiene con su paciente, ha sido descrita por algunos autores (69) como parte de la formación ético profesional. En estudios realizados para mejorar la comunicación de los diagnósticos de enfermedades terminales, fue analizado el cumplimiento de las tres funciones de la comunicación: informativa, regulativa y afectiva, y de la empatía como un mecanismo de comprensión mutua. La buena relación que un paciente establezca con quien sigue su tratamiento, aumenta la confianza y el compromiso y produce muchos beneficios para la salud física y psicológica de esa persona.

Coincidimos con el postulado que afirma que una de las mayores necesidades del paciente es ser entendido y conocido, por lo que es posible entender que una de las mayores cualidades del médico debe ser no descuidar su conducta afectiva, aquella que le permita reflejar sentimientos, mostrar empatía y preocupación por sus pacientes. Las cualidades humanísticas del médico son muy valoradas por los pacientes y la forma en que se realiza en situación de enfermedad terminal se encuentra entre ellas. (70)

En el escenario de enfermedades crónicas y cuidados paliativos, si quienes llevan adelante esta tarea, se muestran atentos, interesados, dialogantes, sin

prejuicios, auténticos, naturales y sin dar la impresión de estar pensando en una estrategia, esto se revela como un modo de estar en relación en la que se capta el respeto a la persona que hay delante, una atención e interés por su experiencia y por sus ideas y temores. A la clásica anamnesis se incorporan la exploración y consideración de la perspectiva del paciente, de esa manera se realiza el ejercicio de ponerse en el lugar del paciente para compenetrarse con él y orientarse a comprender su subjetividad. Centrarse en la persona del paciente permite que converjan dos mentalidades con objetos de trabajo diferentes: la científico-técnica, cuyo objeto de trabajo es todo lo empíricamente constatable, y la humanista, cuyo objeto de trabajo es el mundo interno humano. De esto se habla cuando se mencionan las competencias comunicacionales, que han sido organizadas por quienes la teorizan. (71)

En la comunicación del médico con su paciente se requiere que se desplieguen acciones que tiendan a desarrollar tres valores fundamentales e importantes en la práctica: la solidaridad humana, el saber médico y la confianza. Y para eso, se señala que las tareas para este desarrollo incluyen conectar con uno mismo y con el otro, comprender los valores, las preferencias y los proyectos del paciente; deliberar y reflexionar en forma compartida para llegar a acuerdos prudentes y, finalmente, decir la verdad y generar confianza, lo que supone un estar en relación de forma clínicamente eficaz (65) y enmarcar la tarea en el principio personalista de libertad y responsabilidad.

Con respecto al primero de los valores mencionados, la solidaridad humana, será de importancia destacar que la palabra solidaridad alude a una unión en la que los individuos están unidos para un fin normalmente legítimo. (72) La solidaridad consiste en tomarse en serio la situación de otros y actuar en su apoyo. (73) La práctica médica es considerada un ejercicio activo de solidaridad, pero sin descuidar que también hay distancias que no se acortan solo a base de ideas, sino con emociones, como bien puede ser muchas veces la empatía. Esta consiste en una cierta conmoción ante la vulnerabilidad del otro, que se revela como algo que le concierne a uno mismo. La empatía descubre al profesional de la salud en una compasiva posición de proximidad al otro y en disposición de ayuda. De ahí que la compasión, como forma de solidaridad emocional en la práctica médica, consiste en hacerse cargo del daño~ actual o potencial del paciente, consintiendo su impacto emocional de un modo médicamente beneficioso para las personas. Ser solidario en

la atención del paciente, exige tener autopercepción, porque la indiferencia o la sensiblería podrían desmotivar o bloquear la acción sanadora. Ser solidarios en lo emocional exige comprender la situación del otro y saber gestionar las propias emociones de un modo médicamente eficaz, haciendo que la persona se sienta acompañada y comprendida. Comprender y deliberar son herramientas que permiten conocer la realidad del paciente y encontrar el mejor curso de acción posible. Médico y paciente son dos personas distintas, pero irremediabilmente relacionadas. De algún modo, el paciente está *en manos* de su médico, pero está también influyendo sobre él, con su palabra o sus silencios, o simplemente con su presencia enferma y necesitada. Esa mutua relación, es denominada por Gonzalo Miranda (74) como *relación de responsabilidad*, donde las decisiones y acciones del paciente le afectarán al médico directamente (y también viceversa). El autor, decano de la facultad de bioética en la Universidad Sacro Cuore de Roma, sostiene que no es posible escapar de esa relación de responsabilidad: si bien el médico podría desentenderse de su paciente, no sería sin afectarlo de algún modo. Esto permite observar cómo la existencia de un hombre está tramada de relaciones múltiples, en las que sus acciones u omisiones inciden sobre los demás, así como las de ellos han incidido e inciden sobre él. Los seres humanos son responsables todos los unos de los otros, afirma Miranda, e insiste que esto no se constata solamente en el hecho de que ambos, médico y paciente son personas que viven en relación; es posible darse cuenta de que el sujeto se realiza a sí mismo cuando vive abierto a los demás. Esa apertura al otro, en la mutua responsabilidad, se traduce en el sentido de solidaridad.

Una buena deliberación en medicina ocurre si el criterio clínico coincide con el mejor resultado posible para el paciente, si se realiza un procedimiento correcto y en un tiempo adecuado. El objetivo de deliberar es conseguir decisiones prudentes, aquellas que sean justas, nobles y buenas para el hombre. El saber que se produce en la deliberación surge tanto de lo teórico y generalizable como de los datos concretos del paciente en su particularidad. La deliberación incluye una reflexión compartida sobre los hechos, los valores implicados en la situación y el mejor curso de acción posible para el paciente. De esta manera es posible que el paciente ya no ignore aquello concerniente a su enfermedad y puede recibir ayuda para afrontar su situación de enfermedad, pero sin perder la posibilidad de ser él quien toma sus propias decisiones, con responsabilidad. Todo esto genera confianza y establece una comunicación entre el médico y su paciente, muy constructiva.

Con respecto a la confianza, se pueden señalar tres factores para su fortalecimiento; competencia, transparencia y vínculo. La competencia tiene que ver con la capacidad del médico para lograr una comprensión de la experiencia y situación de enfermedad del paciente. La transparencia está relacionada con la toma de decisiones compartida con el paciente, en la que las emociones pueden también informar la deliberación iluminando aquellas áreas y aspectos que necesitan ser atendidos con más detenimiento. El vínculo, se construye desde una actitud de solidaridad humana, que permite que fluya la empatía, el compromiso con el otro y la voluntad inequívoca de actuar en su favor.

Desde esta perspectiva se entienden mejor los factores que son necesarios para el desarrollo de esta competencia: la autoconciencia, las habilidades interpersonales y la voluntad de curar. La autoconciencia y las habilidades comunicativas son variantes comunicativas (una interna y la otra externa) y habilidades que puede aprender e incorporar un clínico para conseguir hábitos eficaces. La voluntad de curar tiene mucho que ver con el descubrimiento e incorporación del valor de la solidaridad humana, la empatía y la capacidad de sentir y practicar la compasión, es decir, la capacidad de hacerse cargo, cargar con y encargarse de la vulnerabilidad de otro ser humano, que determinará la actitud adecuada del profesional para encarar el cuadro clínico. Es entendido que buscar gestos de hospitalidad no es difícil, pero a veces ocurre que las actitudes no encuentran con facilidad las acciones necesarias para expresarlas y reforzarlas. Las exigencias de la práctica médica ante la vulnerabilidad y la fragilidad humanas son de tal naturaleza que la profesionalidad, es decir, la búsqueda activa y efectiva de la excelencia, va a tender a configurar un tipo de profesional que necesita no solo hacerse bueno desde un punto de vista científico-técnico, sino también desde el punto de vista personal. (75)

Una de las acciones más esperadas en la relación médico paciente es la empatía, destacada como elemento de identificación que combina sensibilidad, amabilidad e información adecuada; esencial en la relación médico paciente ya que refiere a la acción efectiva para ponerse en el lugar del otro, la empatía es lo que le permitirá, al médico, lograr un adecuado equilibrio entre los conocimientos científicos y la atención a su paciente, sin descuidar la importancia de las emociones. (76) La importancia de generar empatía con el paciente surge para hacer frente a la crisis de confianza en el paciente con respecto a su médico; la empatía interviene como factor

que favorece a ambos integrantes de la díada: el diagnóstico se vuelve más preciso y el juicio clínico mejora hacia una evaluación adecuada de las situaciones clínicas y las decisiones implicadas en cada prescripción. La empatía interviene de modo que el humanismo médico no sea desplazado, y que la práctica de la medicina no esté alejada del paciente, sino que sea una práctica en la que el altruismo (uno de los principios ancestrales de la medicina) continúe procurando el bien ajeno, aún a costa del mismo propio y genere la responsabilidad de la motivación para prestar la mejor atención al enfermo. Por lo tanto, la empatía, en tanto combinación de sensibilidad, amabilidad e información adecuada, se vuelve acción necesaria en la buena práctica médica, junto al juicio de evaluación, asesoramiento y decisiones centradas en el paciente y a la motivación que lleva a estar interesado por el paciente y buscar la satisfacción personal al ayudarlo.

Toma de decisiones

Podría interrogarse el carácter objetivo de la información sobre la cual se basan las decisiones. El ser humano racional y objetivo, es también instintivo y emocional; las emociones suelen intervenir en las decisiones humanas y no siempre el sujeto puede tener conciencia de ello. Es sabido, por otra parte, que el cerebro no percibe la realidad de manera objetiva sino más bien interpreta la información que el mundo le provee, siguiendo reglas que no siempre son unívocas. La forma en que un sujeto tome decisiones va a depender de la forma en que interprete la realidad y esta, a su vez dependerá del contexto en que se presenten, la forma en que le sean presentadas, el conocimiento previo del sujeto sobre el evento en que va a decidir y su experiencia previa. El cerebro puede interpretar un fenómeno objetivo de diversas maneras, las *ilusiones cognitivas*, relacionadas con los sesgos o prejuicios que adopta el cerebro pueden afectar las decisiones. (77)

En la primera sección del libro *Desafíos Bioéticos en neurociencias del siglo XXI*, la dra. Alejandra Rabadán junto a otros colaboradores, presenta un panorama de todos los aspectos que abarca la neuroética, sumado a la presentación de las bases neurobiológicas de la toma de decisiones. Allí se describen dos sistemas de pensamiento: un sistema lógico y racional (*sistema 2*) que se usa para tomar decisiones racionales, consiste en un proceso lento que implica muchos esfuerzos y recursos cognitivos. Se activa cuando se toman decisiones racionales y conscientes, es muy flexible y se modifica según la información disponible. Otro sistema en cambio,

(*sistema 1*) se usa para efectuar actividades paralelas que se realizan de un modo más automático, posee un rol adaptativo y evolutivo, es poco flexible y es difícil de cambiar una vez activado, es utilizado para realizar pre-juicios, muchos de los cuales difieren de la realidad. (77)

Entre los factores que pueden influenciar las decisiones, las emociones y los sesgos de la mente son aquellos que se destacan de forma particular. Las emociones pueden modular la evaluación cognitiva de opciones que tenga un sujeto y de los resultados que espera, los sesgos cognitivos de tipo atencional, de autoridad, de confirmación y la ilusión de control, pueden influir en varias etapas en la toma de decisiones, por ejemplo, en situaciones de emergencia.

El postulado que afirma que el cerebro funciona en red y que son diversas estructuras las que colaboran en determinados procesos, suele aplicarse en particular a la neurobiología de la toma de decisiones. Los procesos mencionados pueden ser perceptuales, afectivos, analíticos y racionales; será la red relacionada entre todos estos procesos la involucrada al momento de tomar una decisión. La corteza prefrontal es una de las estructuras clave en la toma de decisiones. La relación temporal entre el potencial de preparación (78) (es decir, un cambio eléctrico en la corteza motora que precede a la ejecución de una acción) y la conciencia de la decisión de efectuar una acción determinada fue estudiada a partir de la medición de la actividad eléctrica del cerebro frente a una tarea determinada, esto permitió señalar que existen respuestas automáticas cerebrales que escapan a la conciencia al tomar decisiones. El potencial de preparación (RP), es una acumulación lenta de potencial eléctrico que suele ser registrada en el cuero cabelludo utilizando electroencefalografía; se ha asociado con la actividad neuronal que está involucrada en la preparación del movimiento. Con este concepto se argumenta que el hombre carece de libre albedrío, usando la diferencia de tiempo entre el potencial de respuesta y el tiempo autoregistrado de intención consciente de moverse. La informatividad de la RP sobre la acción autogenerada y derivadamente sobre el libre albedrío ha impulsado la investigación continua sobre este fenómeno neural. Suele argumentarse que los avances recientes en la comprensión de la RP y el modelado computacional del fenómeno requieren una reevaluación de su relevancia para comprender la voluntad y el problema filosófico del libre albedrío. (78)

Una de las pruebas neuropsicológicas más clásicas para evaluar la toma de decisiones es la que diseñaron Bechara y Damasio: *Iowa Gambling Task* que tiene como objetivo evaluar el proceso de toma de decisiones particularmente bajo condiciones de incertidumbre. Los hallazgos de esta prueba permitieron postular que marcadores somáticos, cambios vegetativos, neuroendocrinos, y neurofisiológicos proporcionan señales inconscientes que preceden, facilitan y contribuyen a la toma de decisiones incluso antes de que el sujeto pueda explicar por qué toma una decisión y no otra. La anticipación de posibles consecuencias genera respuestas que guían estos procesos e indican la influencia de las respuestas emocionales en las conductas. (79)

Tenemos la capacidad de valorar y elegir acciones en función de su utilidad y conveniencia, considerando el libre albedrío, todas las opciones se encuentran disponibles para que el sujeto elija. El sujeto intuye que, tras un proceso reflexivo, tiene la posibilidad de elegir entre un camino u otro. Sin embargo, es preciso tener en cuenta que hay muchas cosas que el ser humano no elige, por ejemplo, qué tan inteligente es, ni decidir qué pensamiento o emoción tendrá. Existe una variedad de factores no conscientes que influyen en las decisiones y tampoco es posible ignorar factores como creencias, emociones y contextos sociales interviniendo en las mismas. Asumir la influencia de estos factores no conscientes en las elecciones, se afirma en el capítulo II del libro mencionado de Rabadán, supone reconocer que el sistema 1 es difícil de cambiar y es la fuente de los sesgos mencionados. El sistema 2 permite concientizar los factores que sesgan una decisión y posibilita el análisis más certero de cada situación en la que es preciso decidir; buscar información correcta, enfrentar contraargumentos e intercambiar con personas que piensen diferente permite al sujeto tomar perspectiva y tener en cuenta, a la hora de la decisión, información que ignoraba. Deben considerarse los sesgos cognitivos, los estados de ánimo y factores aleatorios que aparecen al ser humano tanto en escenarios predecibles como inciertos, esto expone al sujeto al error y a influencias no siempre relacionadas con el objetivo de su conducta. Considerar las emociones y el impacto de las mismas en todo proceso de decisión humana se torna relevante.

Significado y originalidad de la propuesta. Planteo del problema

Los cuidados paliativos se presentan como el planteamiento para mejorar la calidad de vida de los pacientes (y sus familias) que afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Permiten prevenir y aliviar el sufrimiento mediante la detección temprana, correcta evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas; promueven la adaptación en enfermedades progresivas, previenen y alivian no solo el sufrimiento físico, sino también el psicológico y espiritual, defendiendo la dignidad de la persona humana. (80) La compleja problemática en que se encuentra inmerso el enfermo en estado terminal motiva la búsqueda de soluciones eficaces que contribuyan a hacer de esta situación, una etapa natural de la vida y no la prolongación de una agonía. (81) Es importante que los profesionales de la salud, cuyo foco de atención este puesto en las cuestiones relacionadas con el final de la vida, puedan ubicar el sufrimiento del paciente separado de ellos mismos, con un claro reconocimiento de que aquel sufrimiento no es el suyo, pero manteniendo una resonancia empática que los posicione con capacidad para entrar en el mundo del paciente y su enfermedad; con firmeza personal y profesional. La importancia de la empatía en el abordaje de los cuidados paliativos, la diferenciación del self y de las experiencias personales y la ética profesional, han sido destacadas como variables asociadas -según su estabilidad- a una diferente toma de perspectivas, y, por ende, a distintas y mejores respuestas frente al paciente. (45)

La propuesta es presentar la empatía como habilidad cognitiva-emocional-afectiva, que permite vivenciar la situación emocional del otro y transformar el encuentro clínico en un acto solidario y responsable que habilite y sostenga con los cuidados un espacio de comunicación intersubjetiva (82), señalar la importancia de cuidar abnegadamente al otro atendiendo su vulnerabilidad y dependencia. Ofrecer una referencia para el momento de obrar. El escenario del enfermo terminal impone responsabilidad, precaución y consideración al extremar los modos de cuidarlo.

Desde el marco de la bioética personalista se subraya lo propuesto: cuidar y custodiar la vida humana hasta su cumplimiento natural (83), haciéndose cargo del otro, acompañando y propiciando la renovación del sentido de la existencia cuando ésta está marcada por el sufrimiento y la enfermedad. *“Cada hombre, limitado en su primordial fragilidad, se inserta en una cadena que lo precede y lo continúa en el tiempo, esto lo vuelve responsable de todo el género humano, al cual debe honrar y*

proteger. Este don de ser parte de la humanidad, se vuelve tarea al asumir el cuidado de los demás". (84) Esta perspectiva bioética, posiciona en el ejercicio de la ética del cuidado, ética que inicia en la vulnerabilidad humana y es entendida como responsabilidad hacia quienes necesitan no solo atención física sino también psicológica y espiritual. Personalismo ontológico que se distingue al considerar la dimensión de *arte terapéutica* inseparablemente unida a los actos clínicos y al cuidado, sobre todo en las fases críticas y terminales de la vida.

En un abordaje interdisciplinario, donde las intervenciones se realizan en equipo y la herramienta metodológica utilizada es la interconsulta; se considera necesario evaluar el modo en que el equipo médico se implica con el enfermo, con el objetivo de mejorar la calidad de atención. En el marco de la atención integral al paciente, resulta de utilidad revisar no sólo las emociones y cuestiones psicológicas que lo afectan, sino también la significación y la carga psicológica que implican al médico tratante.

Para abordar las situaciones difíciles, que conllevan una gran carga emocional en los pacientes, como por ejemplo una enfermedad terminal, es necesario que los profesionales a cargo posean capacidad de afrontamiento para abordar las situaciones que esto genera, ya que de lo contrario podrían generarse, entre otros, cuadros de burnout, fatiga por compasión, etc., perdiéndose de este modo recursos personales en el médico que son necesarios para la dirección de la cura; dando lugar a la aparición de conductas iatrogénicas que impactan negativamente en su paciente enfermo. Es aquí donde surge la importancia de la empatía (no su exceso), como recurso clínico que permita comprender la situación que atraviesa la persona enferma e implicarse en su subjetividad. Es importante destacar que un exceso del recurso empático generaría efectos negativos: no se podría operar en beneficio del enfermo y no sería posible adoptar una actitud equilibradamente diferenciada que oriente el proceso terapéutico. La capacidad de percibir y sentir la emoción del otro conlleva el riesgo de una identificación con el paciente que, si es desmedida o desregulada, impacta en forma negativa en la afectividad del profesional y su modo de establecer vínculos. Excederse en la posición empática, no permitiría la relación con el otro, sino que la perjudicaría obstaculizándola, no posibilitaría la socialización del enfermo, tampoco la correcta y adecuada contención o el desciframiento de otras expresiones (faciales, sonoras o conductas y movimientos particulares) que denoten emociones displacenteras. Aun cuando la empatía en el profesional, permitiera al paciente

expresar el dolor y la vivencia de la enfermedad de un modo especial, un exceso de esta última provocaría la falta de soporte y contención que caracteriza la tarea, es posible inferir que una actitud desmedida en la ocupación e implicación emocional del profesional de la salud, no permitiría la expresión del dolor, obstaculizándose el soporte emocional requerido, perdiéndose la cercanía y la intimidad, generando un malestar afectivo y psicológico que afecta a ambos: médico y paciente. El estudio se propone, a partir de las consideraciones teóricas de la empatía, revisar su manifestación en la personalidad del profesional de salud y en su práctica clínica y analizar su relación con el dolor que los pacientes manifiestan en situación de enfermedad terminal, para detectar posibles cuadros o síndromes que obstaculizan el quehacer médico y perjudican la atención y el cuidado de las personas enfermas.

Objetivos generales y específicos

Se plantea que el comportamiento hiperempático denota una conflictiva que denominaremos “trastorno identitario”, el cual distorsiona en el profesional de la salud su manera de relacionarse, en su modo de observar y analizar la realidad del enfermo generando una cognición errada que, a su vez, obnubila la voluntad y le confiere sufrimientos. Se postula que el cuadro puede diferenciarse del “ser sensible” e implica una sobrecarga afectiva del médico frente al sentir del otro, marca un deterioro en las habilidades sociales y en la identidad: el sujeto no solo siente lo que otros sienten, sino que lo sufre, bajo la forma de un dolor físico que lo angustia y que, a su vez, lo supedita a las necesidades ajenas sin que pueda discriminar esa frontera entre sí mismo y los demás.

La pregunta que se plantea en el estudio es cómo intervienen los tipos o niveles de empatía en el proceder del médico al realizar la evaluación y tratamiento de pacientes internados en el contexto de los cuidados paliativos. ¿Cómo se modifican, a partir de estos niveles de empatía, la alianza terapéutica y la toma de decisiones en el proceso de una enfermedad terminal?

Objetivo general

Revisar la manifestación de los niveles de empatía en la personalidad del profesional de la salud e identificar cómo intervienen en su práctica.

Objetivos específicos

1. Determinar niveles de empatía.
2. Identificar cómo intervienen los niveles de la empatía en la toma de decisiones en cuidados paliativos.
3. Detectar posibles cuadros o síndromes, referidos a la cuestión de la empatía, que denotan un trastorno identitario y obstaculizan el quehacer médico en un equipo de cuidados paliativos.

Diseño metodológico

Se realizó un estudio cualitativo enmarcado dentro de un esquema de análisis de datos basado en la Teoría Fundamentada. La metodología cualitativa es aquella entendida como capaz de incorporar la cuestión del significado y la intencionalidad como inherentes a los actos, a las relaciones y a las estructuras sociales, siendo estas últimas consideradas, tanto en su advenimiento como en su transformación, como construcciones humanas significativas. Este tipo de abordaje metodológico estudia el universo cotidiano de las relaciones humanas y las experiencias del sentido común, interpretadas y reinterpretadas por los sujetos que las vivencian. (85) Se aplica al estudio de la historia, de las relaciones, de las representaciones, creencias, percepciones producto de la interpretación que las personas hacen en relación con cómo viven, como sienten y cómo piensan. Se considera que los significados que las personas atribuyen a la empatía como recurso clínico que permite comprender la situación que atraviesa la persona enferma, sólo pueden ser investigados a través de una metodología que sea sensible a estas particularidades, que las contemple y las valide como productoras de conocimiento. (86) Este modo de trabajo considera los significados y el contexto donde surge la interacción y propone elaborar una teoría a partir de los datos, una entidad en continuo desarrollo y no como un producto ya acabado y perfecto. (87) Kathy Charmaz presenta una Teoría Fundamentada Constructivista, en donde retoma las ideas originales de la propuesta Glaser-Strauss e incorpora las explicaciones relativas a los sentimientos de las personas, a medida que experimentan un fenómeno o proceso, junto a las creencias y valores del

investigador. (88) Esta perspectiva socio cognitiva sitúa a la teoría fundamentada en un enfoque epistemológico introspectivo vivencial. Los aspectos básicos y determinantes para generar una teoría fundamentada en los datos son los sugeridos por Glaser y Strauss, relativos a la codificación y categorización de la información. Los autores citados proponen que un muestreo teórico y, finalmente, la comparación constante entre las categorías; son los aspectos con que se genera Teoría Fundamentada. (89)

En este estudio se realizó la codificación en dos fases: una fase de codificación inicial y otra de codificación focalizada. Habiéndose comparado los datos entre sí durante todo el proceso, se compararon luego con los códigos elegidos y posteriormente se establecieron las categorías. Para realizar el análisis e interpretación de los datos se utilizó un software específico, el programa ATLAS ti. Versión 23.0.0, considerado dentro del grupo de constructores de teorías basadas en códigos. (90)

Ámbito y duración del estudio

Se desarrolló en el Servicio de Salud Mental y Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Zonal General de Agudos Mi Pueblo de Florencio Varela, provincia de Buenos Aires, Argentina; se evaluaron 21 entrevistas realizadas durante el período comprendido entre abril de 2022 y octubre 2022.

Población

Se incluyeron en el estudio, 21 entrevistas a una población seleccionada entre el listado de profesionales de la salud que trabajan en el mencionado hospital, mayores de 21 años, de ambos sexos. Conforman un grupo de variadas características, de manera de poder observar el comportamiento de las categorías con perfiles muy distintos.

Consideraciones éticas

Para la realización del estudio se obtuvo el consentimiento informado por escrito de cada uno de los participantes para asegurar la privacidad y la confidencialidad; fue enfatizado que la participación era voluntaria y se solicitó a cada uno de ellos, para asegurar el anonimato, la respectiva autorización para cambiar el nombre en la identificación de cada entrevista. La información sobre los objetivos y

metas del estudio se explicaron en detalle y se suministró un contacto telefónico para poder responder a preguntas de los participantes.

Instrumentos

Entrevistas semiestructuradas a las personas involucradas, administradas en forma individual con frecuencia semanal. Se realizaron en los consultorios pertenecientes al Servicio de Salud Mental del hospital. El estudio no requirió de equipamiento especial. El investigador brindó a las personas entrevistadas una explicación sobre la investigación y respondió a todas las dudas o preguntas que se le realizaron. Una vez que el entrevistado entendió las características del estudio, y estuvo de acuerdo en participar, se le solicitó que firme un formulario de consentimiento (dos originales). Un original del mismo le fue entregado para que lo guarde. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y confidencial. Si el entrevistado tenía alguna duda sobre el proyecto, podía hacer preguntas en cualquier momento. Asimismo, podía retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique de ninguna manera. El estudio no contó con financiamiento externo y en el mismo no hay conflicto de intereses. Se solicitó la aprobación del Comité de Ética en Investigación del Hospital El Cruce y la Dirección Ejecutiva del Hospital Mi Pueblo. No existen riesgos relacionados a la participación en el estudio, la información recogida sólo se usó para esta investigación y los datos se han codificados usando un número de identificación o letras y, por lo tanto, anónimos.

A cada uno de los entrevistados se le administró una entrevista no estructurada. Con los datos obtenidos se pudo desarrollar un cuestionario a fin de confeccionar una entrevista semi estructurada que contuviera los datos necesarios para abordar la temática bajo estudio.

Las entrevistas semi estructuradas que se administraron, tomaron como tema principal planteado, el *Manejo de la empatía como recurso fundamental frente a la toma de decisiones al final de la vida*. Se utilizó un cuestionario con preguntas abiertas para investigar cómo intervienen los tipos o niveles de empatía en el proceder del médico al realizar la evaluación y tratamiento de pacientes internados en el contexto de enfermedad terminal y cuidados paliativos. Cómo se modifican, a partir de estos niveles de empatía, la alianza terapéutica y la toma de decisiones en el proceso de una enfermedad terminal. El inicio estuvo indicado con la pregunta *Si tuviera que definir con sus palabras qué es empatía, ¿cómo la definiría?* Y a medida que las

entrevistas avanzaban se realizaron preguntas más específicas y detalladas, tal como puede verse en el Anexo que acompaña esta presentación. Las entrevistas fueron grabadas con el permiso del participante, y más tarde fueron transcriptas.

Siguiendo los lineamientos de Charmaz, la recolección y análisis de los datos en el proceso de investigación ocurrió simultáneamente y la teoría que surgió estuvo basada en dichos datos. El análisis de los mismos continuó simultáneamente después de la primera entrevista hasta que se alcanzó la saturación teórica. (89) El texto copiado fue cifrado y se realizó luego el refinamiento de la codificación para cada tema emergente. Los códigos clasificados se categorizaron, compararon e interpretaron dentro del contexto de transcripciones generales. El proceso de codificación y categorización realizado con el software ATLAS ti. se detalla en el anexo, con un informe de las citas utilizadas en la codificación inicial y axial y un informe con la red de códigos denominada *Comunicación médico paciente-Sufrimiento- Toma de decisiones*. La validez de los datos se confirmó mediante la selección del software ya mencionado (ATLAS ti), utilizado en el análisis de las entrevistas. Después de la codificación, las transcripciones de las mismas fueron devueltas a los participantes para corroborar que estuvieran de acuerdo y que se hubiera captado con precisión lo que se había dicho en la entrevista. Esto, a su vez, permitió la construcción de códigos certeros en función de haber corroborado lo dicho por los informantes. La consistencia del análisis y la codificación se revisó durante las reuniones del equipo de salud, las cuales tuvieron como finalidad discutir y analizar los resultados preliminares. El análisis temático y el proceso de codificación fueron revisados y definidos luego del consenso del equipo de salud.

Codificación de las entrevistas

La codificación de los datos fue el proceso a través del cual se definió cuáles fueron los temas comunes y distintivos brindados por los informantes. Codificar significa poner un nombre a los segmentos de datos con una etiqueta que simultáneamente da cuenta y resume cada sección. Esto constituyó el primer paso para ir más allá de las afirmaciones concretas a fin de hacer interpretaciones analíticas. Los primeros códigos mostraron cómo seleccionar, separar y ordenar los datos para comenzar a dar cuenta analíticamente de los mismos. Al utilizar códigos cualitativos se tomaron segmentos de datos, se les dio nombre con términos concisos,

y se propuso un identificador analítico para desarrollar ideas más abstractas para la interpretación de cada segmento de datos. Durante el proceso de codificación, la pregunta que fue tomada como guía para realizar la investigación fue acerca de aquello que indicaban las afirmaciones de los informantes. Asimismo, la codificación en la teoría fundamentada fomenta el estudio de las acciones y los procesos y es el vínculo esencial entre la recopilación de datos y el desarrollo de una teoría emergente para explicar estos datos. En este caso, a través de la codificación, fue posible definir lo que estaba sucediendo con los testimonios y comenzar a lidiar con lo que significan. Los códigos fueron tomando forma como elementos de una teoría naciente que explicaba estos datos y condujo además a recopilar nuevos. Mediante una cuidadosa atención a la codificación, se establecieron las dos líneas importantes en la estructura de la teoría fundamentada: enunciados teóricos generalizables que trascienden lo específico y el análisis del contexto de las acciones y eventos. La forma en que se le dio sentido a los datos moldeó el análisis de cada etapa siguiente. Una atención cuidadosa a la codificación promovió el intento de comprender los actos y relatos, escenas y sentimientos, historias y silencios desde la perspectiva de los participantes en la investigación. Fue posible, de ese modo, saber lo ocurrido en el entorno, en la vida de las personas, y en las líneas de los datos recogidos. Por lo tanto, se marcó la importancia de comprender los puntos de vista de los informantes y las situaciones, así como también sus acciones dentro de ese entorno. Uno de los objetivos fue determinar la adecuación de los códigos. Se tomaron decisiones acerca de cuáles eran los códigos iniciales que proveían mayor sentido analítico a fin de clasificar los datos en su totalidad. Como ya se ha dicho, los códigos surgieron como resultado de examinar los datos y definir las significaciones. Al definir los códigos y, tal vez más tarde perfeccionarlos, se trató de comprender las opiniones de los informantes y las acciones desde su perspectiva. Esta perspectiva normalmente supone mucho más de lo que es inmediatamente aparente. Se debió profundizar en los datos para interpretar los significados tácitos. La codificación focalizada correspondió a la segunda fase y fue más directa, selectiva y conceptual que la codificación inicial. Después de haber establecido algunas orientaciones analíticas fuertes a través de la primera codificación línea por línea, se comenzó una codificación más focalizada, tratando de sintetizar y explicar segmentos mayores de datos. Esta forma focalizada de codificar consistió en comparar los códigos registrados y establecer cuáles eran los más significativos y/o más frecuentes, para convertirlos luego en categorías. Este proceso permitió regresar a los informantes y explorar temas que se habían pasado

por alto, o que habían estado demasiado implícitos para poder entenderlos inicialmente o bien no habían sido enunciados. En esta segunda fase se unificaron nuevamente los datos en un todo coherente. Este tipo de codificación respondió a preguntas tales como “cuándo, dónde, por qué, quién, cómo, y con qué consecuencias. Con estas preguntas, se pudo describir la experiencia de estudiar más a fondo, a pesar de que la vinculación de las relaciones entre las categorías suele producirse a un nivel más conceptual que descriptivo. En esta línea, el análisis de los datos significó convertir los códigos en categorías. El análisis realizado sobre los códigos permitió el establecimiento de tres categorías principales. Tal como se dijo, los datos se presentaron utilizando el marco propuesto por Charmaz, (88) desarrollando la codificación, en dos fases principales: la primera fase consistió en dar un nombre a cada línea o segmento de datos. Entre los temas que aparecieron pueden mencionarse la empatía y la confianza en la relación médico paciente, enfrentar el dolor del otro y hacerse cargo, la responsabilidad del médico en los cuidados paliativos, el esquema al cual recurrir en el escenario del final de vida, la comunicación con la familia del paciente, el manejo de la calma frente al enfermo terminal que pide la eutanasia, la toma de decisiones en pacientes con enfermedad terminal, el miedo, la muerte, el cuidado de la confidencialidad y la importancia de trabajar con un equipo que contenga al médico. En la segunda fase, se utilizaron los códigos iniciales más significativos para ordenar, sintetizar, integrar y organizar la cantidad total de datos. La codificación focalizada se utilizó para identificar y desarrollar las categorías sobresalientes que aparecen. Las categorías obtenidas fueron las siguientes:

- a. Comunicación en la relación médico paciente
- b. Sufrimiento
- c. Toma de decisiones

Comunicación en la relación médico paciente

La relación médico paciente es mencionada en todas las entrevistas. La importancia de establecer una adecuada relación con el paciente, su familia y su entorno fue señalada por todos los entrevistados, como el punto de inicio para el

planteo de un tratamiento posible, incluso como favorecedor del trabajo cotidiano. Es por ello que esta categoría se considera común a toda la investigación. Se indican diferentes modos individuales de desplegar el vínculo y las coincidencias detalladas indican que el propósito del médico en el desarrollo de esa relación gira en torno a implementar acciones que puedan transmitir confianza y seguridad, demostrar paciencia y cortesía, asegurar la privacidad y la confidencialidad y respetar la intimidad del paciente. La comunicación del médico con su paciente se describe considerando ideas propias, acerca de la creación de un vínculo, el cual además de posibilitar espacios de escucha y contención, es capaz de movilizar fuerzas humanas como la fe, la esperanza y la fortaleza moral, entre otras, consideradas importantes para lograr la aceptación de la adversidad que representa el estar enfermo. El contexto general de la atención de pacientes en un hospital general se transforma en un ámbito individual particular, de acuerdo a la aparición de cada situación de enfermedad y a la identificación de diferentes sistemas culturales en los pacientes. Esto implica que al establecer una relación con el paciente, la comunicación adecuada incluye la consideración de las diferencias y las particularidades de cada persona enferma. Asistir al paciente desde una singularidad que trasciende la frecuencia de los diagnósticos, posiciona al profesional frente a lo único de la persona del paciente.

La empatía es considerada un constructo clave en la interacción médico y paciente y para el establecimiento de vínculos con el enfermo. Considerada un atributo clave para establecer una buena relación con el paciente, su familia y su entorno. Es mencionada como una habilidad o destreza que incluye los aspectos motivacionales intervinientes en el trato con los pacientes, se señala que puede ser entendida como impulso emocional o muestra de interés para comprometerse con ellos durante un tratamiento terapéutico determinado.

El establecimiento de un vínculo en la relación médico paciente, es asociado con la capacidad de cada individuo de percibir y reportar sus estados emocionales y su conducta en diferentes situaciones y momentos del tratamiento médico, vínculo que exige de la sinceridad, tanto del médico como del paciente y de la capacidad de los enfermos de decodificar las instrucciones técnicas propuestas por cada profesional. El vínculo que se establece implica tener en cuenta el nivel de escolarización, el contexto cultural y el sesgo de aceptabilidad social de los pacientes. La consideración del aspecto motivacional en la comunicación se señala tanto en

acciones concretas de ayuda como en la presencia de la intención de ayudar o reconfortar.

La mención de la conexión intersubjetiva entre el médico y su paciente supone que exista la capacidad de empatía, por parte del médico, que habilite un vínculo de confianza entre ambos; la empatía se define como factor destacado para instalar un clima de confidencialidad, necesario para comunicar información de relevancia, complicada y muchas veces dolorosa. La función empática hace posible arribar a mejores resultados terapéuticos; se menciona que las intervenciones que pueden derivarse de un diagnóstico empático adecuado contribuyen a brindar una mejor atención y a lograr mayor adherencia al tratamiento, entre otros muchos beneficios.

La empatía en la comunicación con el paciente fue señalada como aquello que posibilitaba percibir lo que el paciente piensa. Se destaca la importancia que tiene para el médico conocer las emociones, necesidades y problemas para poder entender que es lo que sucede que origina las reacciones del paciente, lo que piensa y lo que siente. Permite entender y crear nuevas situaciones, comprender las motivaciones, limitaciones y realidades de las personas. Establecer un espacio de adecuada comunicación con el paciente y su entorno, en el cual se incluye a su familia y sus cuidadores, es una de las condiciones señaladas como condición para interactuar y establecer el diálogo con el paciente, obtener información necesaria, realizar la exploración física e incluso disponer del consentimiento informado. Se describe una forma específica de asistencia y ayuda, con características de motivación y técnicas interhumanas que tiene como objetivo principal el cuidado de la persona. En las intenciones de ayudar, comprender y respetar la vulnerabilidad del paciente, se cuean intervenciones personales del médico que dejan ver sus propias características y cualidades, sus incertidumbres y deficiencias.

La activación de la escucha activa y compasiva como herramienta terapéutica, se describe en situaciones donde no es posible determinar claramente si las intervenciones médicas alcanzarán el éxito deseado y donde solo restará ofrecer espacio para aliviar el dolor; la situación de enfermedad que atraviesa el sujeto condiciona el desencadenamiento de un momento afectivo que estará basado en el grado de confianza que haya alcanzado la relación médico paciente. Este tipo de vínculo entre médico y paciente se observa cuando, en una especie de identificación recíproca, ambos alcanzan un entendimiento mutuo que favorece la toma de

decisiones en forma compartida, la búsqueda de sentido frente a un estado de enfermedad crítica o terminal, interpretaciones no solo de los aspectos biológicos sino también los biográficos y axiológicos. Cuando el paciente por su estado no puede afrontar la descripción de los signos y síntomas, la interpretación de los estudios de diferentes tipos que se le proponen, la presentación de la evolución de su enfermedad o la selección de un tratamiento, la familia se vuelve partícipe de las intervenciones que el médico realiza. Un tiempo extra es dedicado a la atención de la familia en el que suele realizarse no solo la orientación y el asesoramiento, sino también se brinda la información que solicita, se brinda contención emocional que, en determinadas situaciones, se vuelven de importancia para el entorno, aunque esto implique un menor tiempo en las consultas, el encuentro clínico y la interacción con el paciente. De esta manera, se complejiza el abordaje del paciente ya que en su atención intervienen las subjetividades de cada integrante del grupo que acompaña al enfermo, sus cuidadores sus familiares más cercanos o sus amigos. El encuentro clínico se vuelve dialógico y tiene el potencial de acceder al mundo personal de la enfermedad y del padecimiento. El establecimiento de una adecuada comunicación con el entorno familiar posibilita una comprensión conjunta del problema de salud y posibilita la comprensión del diagnóstico, la elección de tratamientos proporcionados y la reflexión alrededor de los pronósticos de evolución del paciente. Es posible para el médico incluso, distinguir en la comunicación con el entorno del paciente, si las historias de vida que le son relatadas coinciden o no con los relatos del paciente y advertir determinadas estructuras vinculares que subyacen a cada historia. Trabajar con la familia proporciona datos nuevos para incorporar a los tratamientos y para relacionarse con el paciente, posibilita identificar formas individuales y personales para vivir e interpretar la enfermedad. Cada una de las personas que integran el entorno cercano del paciente, vive la situación de enfermedad de manera diferente y los efectos de la buena RMP, aportan elementos para que ayuden y acompañen al enfermo, comprendiendo aspectos de su padecimiento y del tratamiento con una mejor perspectiva. El encuentro clínico se amplía y se convierte en un espacio de interpretación cuya base es el dialogo, donde el médico guía con su escucha a una mejor comprensión del sufrimiento del enfermo. Se distinguen tres momentos diferentes de intervención con el entorno familiar, al momento inicial de completar la historia clínica, cuando el medico recolecta datos y estos son aportados no solo por el enfermo sino también por sus allegados, situaciones en las que pueden encontrarse diferencias significativas respecto a la información que brinda el enfermo;

otro momento de comunicación importante con la familia es cuando, luego de realizar exámenes físicos, informa acerca del diagnóstico y el pronóstico del paciente habiendo solicitado previamente su consentimiento para dar estos informes. Debido a las diferentes respuestas que provienen del entorno y que no siempre coinciden con lo expresado por el paciente, se destaca la importancia del diálogo y la necesidad de establecer conversaciones genuinas con el paciente y su entorno, que instalen el proceso de *estar con el otro*. Se identificaron tres formas de enfrentarse a estas situaciones de diálogo, la posición de apertura al enfermo, donde el médico reconoce su postura propia al respecto y las demuestra en el diálogo con su paciente. Aquí los entrevistados mencionan ideas preconcebidas, los saberes adquiridos, la historia personal, la experiencia en el tema abordado. Estas cuestiones fueron tenidas en cuenta para identificar similitudes y diferencias, en la comprensión e interpretación que el paciente tiene de su estar en el mundo y permiten suponer cuál es su posición frente a la enfermedad que padece. Otro de los modos en que se caracterizó la inclusión del entorno familiar en la relación médico paciente, fue el modo de preguntar que adopta el médico, si se ubica reconociendo cierta ignorancia sobre lo que sucede, si puede adquirir una nueva perspectiva desde donde pensar y ofrecer un tratamiento posible; si el médico reconoce no saber ciertas cuestiones, el entorno del paciente se muestra menos forzado o predeterminado por el acto médico. Muchos momentos de indeterminación que surgen como preguntas dirigidas al médico, brindan la posibilidad, a ambas partes, de aceptar las respuestas no como hechos sino como posibilidades, lo que deja lugar para tener esperanza en el éxito del tratamiento y el alivio del sufrimiento, aleja de la vivencia de desesperación y abre posibilidades de tomar mejores decisiones conjuntas.

Cada profesional describió al momento de encuentro con el entorno familiar como una situación en la que se interpretaban hechos y relatos que daban lugar a decisiones posteriores. La conversación entre el médico, el paciente y su entorno más cercano, da lugar a que se fusionen los modos que cada uno tiene de abordar la situación de enfermedad; aunque en un principio podrían pensarse como dos mundos distantes, un acercamiento empático del profesional de la salud daría lugar a una comprensión más productiva y amplia de la enfermedad y el sufrimiento, lo cual a su vez conduciría a una mejor toma de decisiones.

Sufrimiento

Sentido en medio del sufrimiento

Frente a determinados procesos de enfermedad, la búsqueda de un tratamiento efectivo se orienta en relación a la apreciación o el registro del dolor que expresa el paciente. El médico intenta definir cómo se localiza el dolor, cómo se irradia, en qué circunstancias se manifiesta, para poder también identificar la experiencia del dolor en el plano psíquico o espiritual, aunque el hallazgo se señala más difícil sin un vínculo empático. El dolor físico expresado por el paciente se menciona como la señal que proporciona una guía de tratamiento; la preocupación por silenciarlo o de aliviarlo, se ajusta a obtener la confirmación de que el tratamiento propuesto es el adecuado y funciona, ese logro no debiera ser suficiente para dejar de lado observaciones más profundas que requieren más detenimiento.

Puede remarcarse la importancia que tiene considerar al dolor como el síntoma que prueba la existencia de enfermedad, aunque la mención de ciertos dolores no siempre se corresponda con un diagnóstico determinado de una particular enfermedad. En la práctica médica es más fácil ubicar el dolor en el aspecto físico, en el cuerpo del paciente, señalando con certeza una determinada patología. La existencia de procedimientos farmacológicos que calman el dolor desestima, en una postura médica paternalista, las dimensiones psíquica y espiritual de la persona, validando los diagnósticos y los abordajes terapéuticos a partir del registro del dolor físico. Los pacientes abrigan el pedido de no padecer dolor frente a la aparición de una enfermedad y se deposita esta demanda en la especificidad de la clínica: en el acuerdo establecido con el médico, para llevar adelante un tratamiento posible, la condición es que transcurra sin dolor, sin tormentos.

Al hablar de sufrimiento, diferenciándolo del dolor, se incluyen expresiones que ubican el alma de una persona, la consideración abarca la totalidad del paciente y se incluyen términos como sufrir en *las entrañas*, el ánimo denota sufrimiento, la voluntad puede afectarse a causa del sufrimiento. A causa de su enfermedad, el flujo vital de la persona se ve detenida o interrumpida, se ven afectadas sus expectativas y sus proyectos personales, estar enfermo implica un quiebre en la vida de la persona y una fragmentación de su cotidianeidad. Aparecen frente al sufrimiento, expresiones y manifestaciones de desamparo, incertidumbre, vulnerabilidad. Esto abre un campo

de intervenciones interdisciplinarias que buscan contener la situación de la persona enferma cuidando su dignidad. Estar gravemente enfermo supone una amenaza a enfrentar, que sin contención adecuada conduce a la desesperación. El sufrimiento frente a una situación de enfermedad supone la aparición de emociones que el paciente no conocía ni esperaba y que lo deja inseguro y vulnerable frente a su médico tratante, solo la adecuada comunicación con su médico podría resultar un alivio para el desorden que el sufrimiento genera. El gesto compasivo de calmar el dolor aparece luego de que el diagnóstico ya es un terreno seguro para el médico, lo cual deja a su paciente en absoluta dependencia emocional.

Considerar el sufrimiento del paciente, implica enfrentar la desaparición de perspectivas futuras en el enfermo, implica también observar el trato y el lugar que ocupará la tristeza en el proceso de la enfermedad. La mirada sobre el sufrimiento de los pacientes se centra en ubicar la causa, el correlato en la clínica y la expresión de gravedad del paciente y esto incluye la intención que tengan, médico y paciente, de evitar y resistir al dolor. Si es posible avanzar en el tratamiento más allá de las experiencias físicas de dolor e identificar e incorporar el sufrimiento, dándole un sentido al padecimiento de estar enfermo, la recuperación de la enfermedad ocurre con más frecuencia. (91)

La complejidad de una enfermedad terminal pone en evidencia la vulnerabilidad del ser humano ante el dolor y el sufrimiento y acentúa la crisis subjetiva que acompaña no solo al paciente sino también al médico que lo asiste. Cotidianamente son usados los términos dolor y sufrimiento, aludiendo a una experiencia sensorial y emocional displacentera descrita por el sujeto que la padece, presentándose como una realidad que supera y desborda la mirada médica, realidad que implica a la totalidad de la persona humana, cuyo carácter único, personal e individual, torna difícil su definición y su aclaración, ya que siempre resulta insuficiente expresarlo con palabras. En gran variedad de situaciones, tanto el paciente como el médico usan los términos dolor o sufrimiento, indistintamente, lo cual disuelve la precisión de considerar en el sufrimiento, los aspectos subjetivos del dolor. El ser humano enfrenta el dolor en su cuerpo y el límite personal ante aquello que lo enferma y de lo que padece, el mundo externo también le ocasiona dolor, ya que le muestra su vulnerabilidad y fragilidad en tanto su enfermedad afecta la relación con su entorno ambiental y social. Esta fragilidad que conlleva su enfermedad ataca su propia

identidad y lo deja desvalido. Estar enfermo le arrebató el sentido de su existencia, el sufrimiento lo confronta, con la vulnerabilidad de la vida y de sus relaciones, en muchos casos con la muerte; ante el sufrimiento y el dolor insoportables, quedan cuestionadas sus aspiraciones, el sentido de su ser. La vulnerabilidad del sujeto y la incompletud constitutiva quedan en evidencia y se expresan en la alteridad doliente de otro ser humano. El ser humano puede fortalecerse en el sufrimiento si le reconoce su carácter irrevocable, si enfrenta la confirmación de que no existe la completa estabilidad ni la ausencia total de dolor. El sufrimiento podría ser fuente de aprendizaje y madurez progresiva en la forma de relacionarse y de comprender su sentido. (92)

El dolor y el sufrimiento, considerados opuestos a las experiencias de placer, se describen siempre desde la experiencia única y propia, se consideran intransferibles, difíciles e hirientes, se trata de una experiencia que la persona intentará reducir o cambiar, ya que es fuente de inquietud y miedo; sin embargo, si ocurre la apropiación de la posibilidad de la persona de vivenciar y mostrar su dolor y sufrimiento, esto puede ser un estímulo de cambios, de búsqueda de mejoras y resoluciones. La toma de decisiones que remite al deseo del paciente de poner fin a su vida, de no repensar o resignificar el sentido del sufrimiento que padece, ocurre influenciada por sensaciones de resignación, de desánimo o desesperanza. (93)

La enfermedad produce una ruptura interior que la persona enferma expresa como padecimiento subjetivo. El dolor físico es señalado como fuente de sufrimiento, cuando la experiencia de dolor desborda la capacidad del sujeto para tolerarlo, el sujeto es invadido por el temor a lo que ocurrirá en adelante, aparece el temor a morir, a no poder continuar con el proyecto de vida, a perder sus vínculos afectivos y su entorno. La posibilidad de sufrir trae aparejado la carencia de sentido del dolor. (94)

Reconocer y aliviar el sufrimiento

Aproximarse al paciente que sufre, permite destacar la diferencia entre dolor físico y sufrimiento o dolor espiritual, el cual es posible individualizar y reconocer en la subjetividad de cada persona. Tanto el sufrimiento como el dolor físico podrían pasar desapercibidos sin un enfoque integral que considere en la atención al paciente, el reconocimiento del sufrimiento del otro, lo cual no solo permite arribar a mejores diagnósticos, sino que posibilita mejores propuestas de tratamiento. Incluir la historia

de vida del paciente ayuda no solo a mejorar un diagnóstico inicial, sino también a reducir pruebas o tratamientos innecesarios; esto implica una postura médica sensible y abierta al sufrimiento, que reconozca en la persona enferma un sujeto sufriente, que ofrezca un espacio de confianza en el cual poder percibir que incluso cuando no hay cura o tratamiento, lo terapéutico es el alivio del sufrimiento, ya que el tratamiento más efectivo de la persona en su totalidad no puede ocurrir a menos que sea abordado el sufrimiento concurrente. (95)

La clave de los miedos y sufrimientos de un enfermo están contenidos en el relato de su historia personal y afectiva, si solo se atendiera el dolor físico el diagnóstico perdería precisión, ya que ninguna información permitiría detectar y diagnosticar sufrimiento. Tratar la perspectiva del sufrimiento del paciente se incluye en la lista de requerimientos terapéuticos, aun cuando pudiera ser considerado una potencial complicación, por ejemplo, al momento de realizar el consentimiento informado para realizar determinado procedimiento, ya que si bien se espera que el dolor sea controlado en los procedimientos terapéuticos, éstos últimos no suelen ser rechazados por dolorosos, pero sí cuando por más efectivos que prometan ser, generen un aumento de sufrimiento.

Aliviar el dolor del paciente requiere, por parte del médico, especial atención y enfoque en el que sus propios factores individuales y personales no están ausentes; estos últimos lejos de distraerlo en su función, deben ser variables que propicien su mirada compasiva hacia el sufrimiento. El hecho de haber vivido la experiencia de dolor psíquico, sufrir por una enfermedad, una pérdida significativa o la muerte de un ser querido, no son un requisito para trabajar en el cuidado del enfermo que sufre, sin embargo, se consideran experiencias que contribuyen a mejorar la empatía, frente a las cuales es necesario adoptar un cuidadoso balance de desapego y conciencia de sí mismo que permitan una prudente distancia en la relación médico-paciente. Sin la propia vivencia del sufrimiento, y al no ser el manejo de las emociones parte de la formación que recibe el médico, la empatía como recurso para acercarse adecuadamente al paciente que sufre, se enfrenta a posturas menos comprometidas, donde los hallazgos objetivos se prefieren antes que los subjetivos, se presta poca atención a la totalidad de la persona del paciente y la práctica clínica es pensada y caracterizada por una desapasionada observación que busca medir hechos para que se vuelvan patrones.

Designar un espacio y un tiempo para hacer preguntas y escuchar, podría considerarse una oportunidad para el médico de mejorar su habilidad para reconocer el sufrimiento. Como no es posible determinar o conocer el grado de sufrimiento del paciente, es que es importante preguntarle, escuchar la significación con la que narra su propia historia. Preguntar, ofrecer la escucha, muchas veces puede conllevar a encontrarse con quejas y reclamos inesperados que implican a la persona del médico y suele ser uno de los motivos al momento de evitar esta instancia. La honestidad y la franqueza al dirigirse, preguntarle al paciente por su sufrimiento y escucharlo, se vuelven en situación de enfermedad terminal las únicas herramientas, el médico se percibe empático con su paciente y se inclina en su lecho: *¿qué es lo peor en toda esta situación?; sé que siente dolor, pero hay algo que para usted es peor que ese dolor? ¿Tiene miedo? ¿Exactamente de qué tiene miedo? ¿Qué es lo que teme que suceda?* Las preguntas siempre vagas y abiertas le darán a entender al paciente que tiene permiso para hablar de cosas que quizá nadie antes quiso escuchar. Una vez que se le haya preguntado, el paciente necesitará un tiempo para responder y esto puede traer aparejado para el médico el inicio de un periodo de silencios o de conversaciones incómodas, pero también brindará el detenimiento de un instante donde sea posible percibir el pedido de ayuda en el rostro de sus pacientes; estas preguntas invitan a una variedad de respuestas, muchas de las cuales podrían resultar desalentadoras para el profesional, aun el más experto, pero el simple factor de habilitar la escucha provee efectos beneficiosos para el paciente y también gratificantes para el médico, que podrá compensar la incomodidad y discomfort que inicialmente generaron sus preguntas. Interrogar directamente al paciente acerca de su sufrimiento puede ser también el único modo de identificar y solucionar aquellos problemas que el paciente tenga durante su hospitalización. La historia clínica difícilmente contenga datos acerca de este padecimiento subjetivo, los pacientes son la única fuente de información incluso acerca de las dificultades relacionadas con lo estrictamente administrativo de su internación hospitalaria, son los únicos que pueden brindar información acerca de si fueron tratados con dignidad y respeto. Examinar la hospitalización a través de la mirada del paciente es la única forma de revelar información importante respecto del tratamiento del dolor ofrecido, de la internación, de cómo ha recibido o no cuidados, comunicación e información.

Evaluar la calidad de la atención dependiendo únicamente de las evaluaciones de algoritmos y procedimientos médicos, a pesar de las ventajas que esto ofrece,

tiene la desventaja de eclipsar el arte de la medicina. Ese arte es la capa delgada de amabilidad y ternura que ablanda el paso del médico a través del mundo de los procedimientos tecnológicos. Arte que consiste en correrse del lugar de un mero técnico insensible a la condición humana y enfocar la mente y el corazón para advertir la naturaleza del sufrimiento, para advertir lo significativo del pequeño gesto compasivo de tocar al paciente, sin miedo de mostrar las propias emociones y la propia sensibilidad haciendo frente a cualquier halo de desesperanza incluso de desesperación.

Toma de decisiones

Tomar decisiones es considerada una habilidad. La habilidad personal para decidir permite identificar varias opciones, frente a las cuales es necesario seleccionar la más adecuada para aliviar el dolor físico o el padecimiento subjetivo que expresan los enfermos, ya sea para ofrecer un tratamiento nuevo o para cambiarlo, para dar noticias a los familiares o para esclarecer el diagnóstico al enfermo. Los médicos entrevistados consideraron que la importancia de tomar decisiones es clave para atender pacientes en estado terminal y lo relacionaron con las emociones vividas por ellos en determinadas situaciones, a su estado de ánimo, a los sentimientos generados por determinados pacientes. (96)

Fue considerado importante tomar decisiones en los momentos de interactuar con el paciente, para establecer una relación de confianza y más estrecha, se describieron decisiones mentales y prácticas, decisiones frente a problemáticas a resolver y frente a situaciones límite. Tomar decisiones fue considerado esencial en la práctica médica y determinante del carácter del médico en su disposición para atender al paciente de forma integral. La capacidad de tomar decisiones es mencionada como elemento necesario para definir el perfil profesional. El momento en el que los pacientes y sus familias identifican y describen un problema inaugura un escenario de toma de decisiones, que será de utilidad para diagnosticar, para desarrollar un plan de acción y tratamiento en cada etapa o fase de la enfermedad. Tomar decisiones le permite al médico ajustar el tratamiento a las particularidades de cada situación, a las respuestas que elige brindar o callar. Pueden mencionarse grados de generalidad en las decisiones, que varían según la gravedad que revistan las circunstancias, por ejemplo, decidir las internaciones, derivaciones, indicaciones

y procedimientos quirúrgicos, indicar determinados fármacos y su administración. Se consideran sinónimos de importantes decisiones, los procesos de identificación, evaluación y selección de opciones en una cadena continua de decisiones menores. Es posible distinguir momentos útiles para tomar una decisión como por ejemplo el de la obtención de datos del paciente y su historia de vida, necesarios para la interpretación de la información recibida y la decisión consensuada de las medidas a seguir en el transcurso del tratamiento; todo esto también fue descrito como un proceso continuo, personal e individual, del cual depende el éxito o fracaso de lo propuesto. La actuación profesional se dirige al diagnóstico y al tratamiento del paciente en un proceso integral de toma de decisiones que se describe como habilidad personal e individual, relacionada con las vivencias propias.

Otro elemento básico descrito en la toma de decisiones es la discusión interdisciplinaria en la que están incluidos el paciente y su familia. (97) En estas discusiones se incluyen factores biológicos, psicológicos y sociales del enfermo, los valores individuales que son mencionados en los relatos y las necesidades particulares que se manifiestan en las consultas médicas. La vulnerabilidad del paciente y la susceptibilidad frente a la comunicación de malas noticias se consideran factores determinantes en la toma de decisiones. La disponibilidad de recursos para atender al enfermo, tanto humanos como tecnológicos aparecen como obstáculos y la legislación existente es mencionada como ventaja, facilitadora en la toma de decisiones complejas. Tomar decisiones implica afrontar obstáculos ocasionados por presiones de índole cultural, problemas de educación y disponibilidad de recursos económicos que matizan la puesta en práctica de algunas indicaciones médicas. Otros factores mencionados como aquellos que influyen significativamente en las decisiones de los profesionales fueron el abordaje de las enfermedades crónicas, la adherencia a los tratamientos, los eventos adversos y su comunicación. La posibilidad de tomar decisiones se enmarca sujeta a restricciones y condicionantes del entorno institucional, social y cultural de cada persona; se incluye la incertidumbre como elemento que acompaña las decisiones satisfactorias o suficientemente buenas. Las decisiones se enfocan en satisfacer distintas necesidades que no son comparables entre sí y que involucran finalidades y escalas de valoración distintas.

Una decisión tomada se considera correcta cuando permite una evaluación integral de la situación que atraviesa el paciente, si permite determinar prioridades y objetivos a alcanzar; las decisiones se califican como buenas no solo cuando permiten acciones preventivas y curativas sino también cuando se enfocan en atender los cuidados al paciente, buscando su alivio. Se destacan los efectos que algunas decisiones provocan tanto en el médico como en su paciente cuando fueron tomadas de común acuerdo. Las decisiones erradas se identificaron al describir acciones en las que se trabajó sin información, sin la colaboración del paciente o su entorno, bajo las preferencias del médico sin respeto ni consideración alguna por los intereses del enfermo. Los médicos afirman que, en todo momento, se decide no discriminar, se decide la confidencialidad, se decide consolar, comprender, consultar, continuar o detenerse, hay decisiones en el cambio de postura paternalista del abordaje médico y en la escucha responsable. Detectar la capacidad de decisión en los pacientes se describe fundamental para afrontar decisiones conjuntas. Si una persona tiene capacidad de decisión, si puede entender su condición de salud, también podrá considerar beneficios, riesgos y posibilidades de tratamientos y enfoques terapéuticos.

En relación con el entorno familiar se describen situaciones en las que tomar decisiones se define esencial: el soporte emocional, la educación, la necesidad de cuidados y la toma de decisiones al final de la vida en representación del enfermo. Las decisiones anticipadas se reconocen como parte del abordaje integral y en el registro que realizan los médicos de esta situación, se reconocen parte del proceso, en el cual participar en el acompañamiento del paciente para manifestar su voluntad o deseo de ser sometido o no a procedimientos complejos, es una decisión que los implica. Indican su interés de no estar ausentes en este escenario cuidando la pertinencia de su intervención. Las decisiones anticipadas le permiten al médico ubicar en la familia un interlocutor cuando el paciente no puede decidir por sí mismo y lo alivia en su compromiso por una decisión determinante cuando son mencionados procedimientos como el retiro del soporte vital o el detenimiento de procedimientos desproporcionados o fútiles.

Los objetivos de intervención relacionados con la toma de decisiones incluyen conceptos incluidos en la relación médico paciente como por ejemplo la competencia profesional, la capacidad de evaluar dilemas y discernir entre diferentes opciones y alternativas. La responsabilidad de informar correctamente para ayudar y orientar en

una decisión y para mostrar la relevancia de la intervención médica, se incluyen entre las habilidades profesionales, también se registran el reconocimiento de la propia autodeterminación para el cumplimiento de las normas de la práctica, la búsqueda de integridad profesional y la manifestación de la necesidad personal de retirarse frente a una decisión que se considera incorrecta. Fueron definidas, en el transcurso de las entrevistas, decisiones específicas; aquellas que pueden tomarse en determinadas circunstancias y no en otras. Son descriptas como específicas las decisiones que oscilan entre alternativas buenas y con pocas consecuencias serias, alternativas varias con un solo desenlace u opciones de tratamiento frente a una persona enferma que no posee la autonomía para decidir. El desconocimiento de los valores y costumbres del enfermo y de su entorno modifican una decisión médica; la voluntad del enfermo puede ser de orientación para decidir en cuanto a sus cuidados, pero se señala la importancia de proceder con seguridad para no ceder a demandas consideradas inapropiadas; los médicos afirman que reparan en su implicación emocional, en su desacuerdo con la decisión del paciente, en el temor que sienten por demostrar, con una decisión diferente, incapacidad profesional.

La motivación del médico es considerada como el proceso que activa e impulsa su conducta con un paciente. (98) Cada vez que las metas se presentan concretas, las decisiones resultan mejor identificadas, sobre todo si existe la posibilidad de ubicar la utilidad de lo propuesta terapéutica. Las elecciones para tomar durante el tratamiento de un paciente son medidas en relación a los recursos disponibles, según se presenten suficientes o no para curar al enfermo. Se manifestaron preferencias ordenadas para decidir diferentes cuestiones, este orden de prioridades es estable en el tiempo y la estructura de preferencias presenta rasgos de continuidad y transitividad. La meta concreta de las acciones descriptas es la búsqueda de resultados exitosos en los tratamientos y se sustituye por una especial adecuación en situaciones de enfermedad terminal, donde el objetivo ya no es buscar la utilidad de los recursos sino proporcionar alivio al sufrimiento del paciente. Se reconocen aspectos intencionales en la toma de decisiones, y se identifican diferentes metas y objetivos, entre ellos la búsqueda de satisfacción de distintas necesidades y deseos, marcando los primeros como objetivos y los segundos como subjetivos, diferentes en cada paciente. Si el enfermo no puede registrar cuáles son sus necesidades, el médico decide marcarlas, en oposición a las expresiones de deseo que indican cierto conocimiento en el paciente, de aquello que se pide que quizá el médico desconozca

y donde la decisión sea atender a lo excepcional del pedido. La toma de decisiones se describe anclada a la distinción que se hace entre los requerimientos y pedidos del enfermo y los de su entorno, intentando ordenar las necesidades que rodean al paciente de modo de no cometer equivocaciones. El orden de prioridades que el médico establece en estos pedidos se presenta como elemento útil para analizar no solo las necesidades del paciente sino también del profesional, al momento de tomar decisiones; incluso el orden de prioridades establecido previamente permite comparar las decisiones tomadas por cada una de las partes (médico y paciente).

Las emociones y los sentimientos del médico fueron incluidos en el proceso de la toma de decisiones, ejerciendo incidencia significativa en la motivación para decidir. Las emociones condicionan la intensidad con que los médicos deciden sus acciones y son en sí mismas el objetivo cuya búsqueda moviliza el proceso. Se menciona la satisfacción obtenida a través de una actitud de ayuda y comprensión, que benefició al paciente, pero también al médico, resultando en un beneficio personal y compensando necesidades diferentes. Considerar lo emocional en las decisiones, ubica en los médicos el registro de su propio yo como entidad psicológica específica, la aleja de una concepción unívoca de las personas, de los sentimientos egoístas y dependientes de prácticas ordenadas a un fin y de cálculos perfectos. Incluir la emoción proporciona un mejor manejo frente a las diferencias que se presentan ante las reacciones de los pacientes, permite relacionarse mejor con el otro que sufre; el registro de lo emocional en la práctica médica otorga una especial consideración para evaluar junto al paciente lo que se considera *normal* o *justo* o sobre lo que se piensa que *puede suceder* en el futuro.

RESULTADOS

Con respecto a revisar la manifestación de los niveles de empatía en la personalidad del profesional de la salud e identificar cómo intervienen en su práctica: a partir del análisis de las entrevistas con los profesionales médicos, hemos podido constatar que la habilidad empática es una fuente propicia para mejor acompañar al enfermo. En efecto, la empatía permite un tipo de comunicación con el enfermo que ayuda a una real toma de conciencia de la situación de enfermedad, así como a elaborar las implicancias de un diagnóstico y planificar un tratamiento que permita afrontar el sufrimiento.

En relación con las cualidades que los entrevistados consideraron necesario desarrollar, se destacó la de prestar atención a una conducta afectiva que les permitiera reflejar sentimientos empáticos de preocupación por los pacientes. Hubo dos cosas que remarcaron los entrevistados:

- a. describieron una posición empática que transformó sus encuentros clínicos con actitudes de solidaridad y responsabilidad.
- b. relacionaron la empatía con la realización de un tratamiento adecuado de la persona enferma que implica no solo explorar aspectos de elevado contenido afectivo para con los pacientes, sino también mostrar apertura a sus necesidades biológicas e incursionar en las dimensiones psicológica y social, así como trabajar en equipo.

Por otro lado, los médicos afirmaron que establecer una relación empática e interpersonal con el paciente no se lleva a cabo sin considerar los siguientes aspectos:

- a. *Confidencialidad*: preservar la privacidad de la persona y garantizar la confidencialidad con respecto a su enfermedad y a su tratamiento en general. Se repara en la importancia de incluir en la relación médico paciente a otras personas significativas (el grupo familiar, sus seres queridos más cercanos, amigos, pareja, etc.) y la responsabilidad que implica esta acción.
- b. *Contención*: ofrecer un espacio de orientación y asesoramiento asertivos. Contener y esclarecer situaciones de angustia, desesperación y miedo a la muerte. Se recomienda adoptar la posición de acompañar al paciente en su sufrimiento y participar en la búsqueda de su mejoría.

- c. *Comprensión*: priorizar un enfoque centrado en la persona humana, desde el cual comprender no solo el aspecto físico y psicológico, sino también el espiritual, del proceso de enfermedad.
- d. *Escucha*: Escuchar activamente y atender la interioridad de cada persona. Esto habilitará que los pacientes puedan expresar sus preocupaciones y sentirse aliviados en sus dudas y temores. Se repara en la importancia de instalar la actitud de escucha junto a las palabras y los gestos utilizados en cada entrevista.
- e. *Tiempo*: Ofrecer el tiempo necesario para que se desplieguen los interrogantes de cada sujeto, mostrar paciencia, tolerancia y calma.
- f. *Confianza*: para fortalecer el vínculo de confianza, adoptar una actitud de afecto y espíritu de ayuda, brindando datos que se puedan verificar y sean fiables, informando diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, respondiendo a las dudas del paciente con honestidad.
- g. *Compromiso*: asumir un compromiso de confianza y respeto mutuos, ofrecer la ayuda del equipo médico interdisciplinario en todo momento del proceso del tratamiento y el cumplimiento de todas las consignas que estuvieran a cargo del equipo tratante. Posicionar el abordaje en un marco de alianza terapéutica y mostrar fidelidad a todo lo ofrecido en el proceso del tratamiento.
- h. *Respeto*: cuidar y respetar la dignidad de cada una de las personas. Destacar la importancia de la recuperación de la integridad de los pacientes. Respetar la capacidad para tomar decisiones y elegir como encauzar cada tratamiento. Respetar el estilo de vida de las personas, sin emitir juicios de valor, ni pretender *convertir* al otro bajo los parámetros del modelo propio. Considerar la unicidad con que el paciente vive su enfermedad, para manejar y sopesar intervenciones. Se subraya la importancia de preservar los valores de cada individuo
- i. *Información*: proporcionar información adecuada, oportuna y eficaz acerca de lo que significa la situación terminal de una enfermedad, los cuidados paliativos, el final de vida.
- j. *Cuidados*: realizar la orientación respecto a los pasos a seguir durante el tratamiento, respetando la capacidad de reacción de cada persona. Acompañar en los momentos de internación clínica. Orientar a cada sujeto para compartir sus preocupaciones con el profesional. Atender signos de alarma como la persistencia del dolor a pesar del aumento de la medicación,

el temor a la muerte dolorosa y prolongada, el control de las emociones. Señalar la intención del equipo de cuidar, explicitando cuales serían los cuidados. Atender la vulnerabilidad que caracteriza a los pacientes.

- k. *Gestión clínica*: proporcionar ayuda para realizar trámites y derivaciones a otras instituciones o especialistas si estuviera indicado. Explicitar qué significado tienen para el equipo las acciones de ayudar y curar.

Además se identificaron variaciones en la comunicación del médico con su paciente:

- a. Según el momento de la enfermedad: no sólo el momento del ciclo vital del individuo, sino también, el momento subjetivo y emocional, el modo de enfrentar temores con relación al futuro; las fallas en la adherencia; el desborde emocional, el miedo a la muerte y la expresión del deseo de morir.
- b. Según el impacto emocional de un diagnóstico: la comunicación con el médico propicia evaluar si la preocupación por el diagnóstico está dentro de los niveles esperados para atender una enfermedad, o genera desborde emocional. Una adecuada comunicación con el paciente posibilita detectar síntomas depresivos como abulia, tristeza, desesperanza; ideas de muerte o ideación suicida o síntomas de ansiedad y/o estrés. También hace posible focalizar los aspectos negativos, tanto de sí mismos como del entorno, observar si están sobrevalorados los estímulos internos y externos como potenciales amenazas, revisar las capacidades de afrontamiento del enfermo y de sus familiares.
- c. Según las creencias previas de la persona: los médicos detectaron creencias y prejuicios que las persona tenían previamente acerca de los cuidados en estadios terminales de enfermedad. Afirmaron que estas creencias resultan de ayuda para trabajar en la comprensión del significado atribuido a la enfermedad y al sufrimiento en cada caso.
- d. Según los propios recursos individuales de afrontamiento: se señala la importancia de explorar las capacidades individuales para desarrollar competencias que permitan, aún en condiciones desfavorables, construir y desplegar conductas favorables para sí mismo, para el paciente y el entorno familiar y social. Se sugiere evaluar los recursos de cada uno para ser sensibles al sufrimiento y aprender a manejarlo, despertar el sentido

del humor, adoptar actitudes en busca de la resolución de problemas, rescatar la espiritualidad.

- e. Según el apoyo familiar y social: se recomienda revisar los recursos afectivos y de contención en el entorno familiar y social. Atender circunstancias en las que son los familiares quienes brindan el soporte material y/o afectivo y la de otros casos donde esta función la cumplen los médicos o el equipo de salud.
- f. Según el tipo de acompañamiento psicológico necesario: una adecuada comunicación con el equipo médico permitirá detectar cuando las personas demandan asistencia psicoterapéutica. Se indica que, desde un enfoque integral es posible abordar la enfermedad desde una posición activa de la persona; reforzar los cuidados y trabajar en la elaboración de un significado atribuido al estar enfermo.

La cercanía de la muerte fue la principal causa de sufrimiento en los pacientes, mencionada por los médicos. Indicaron motivos de preocupación en los que había coincidencias con las preocupaciones de los enfermos. Asociaron el sufrimiento con sentimientos de pérdida de un ser querido o de la propia vida, sensación de vacío espiritual, falta de explicaciones ante la muerte, sensación de abandono, impotencia ante la imposibilidad de cambiar la realidad, incertidumbre acerca del futuro. Relataron escenas de ayuda en la organización de aspectos prácticos del tratamiento y en la toma de decisiones difíciles y complejas, en situaciones de gran intensidad emocional. Atender la vulnerabilidad de los pacientes se relacionó con realizar los controles médicos de rutina, respetando la autonomía de la persona y su dignidad. Identificaron tempranamente el sufrimiento evaluando problemas físicos, psicológicos, espirituales y sociales. Enseñaron a transitar el dolor ayudando a la aceptación de este, escuchando y ofreciendo aquello que el paciente podría necesitar con el objetivo de no negar ni reprimir el sufrimiento sino de otorgarle un sentido. Relataron su posición empática en diversas situaciones como la comunicación de malas noticias, la búsqueda de alivio sintomático, la toma de decisiones terapéuticas y en los momentos en los que no era posible intervenir directamente, salvo acompañando, reconfortando y comprendiendo al enfermo. Manifestaron y señalaron la importancia que su presencia imprimía en los pacientes, transmitiendo confianza en el enfermo y su capacidad para desarrollar su propia fuerza interior para vivir el proceso de enfermedad. Distinguieron empatía de compasión. Reconocieron una cercanía compasiva con la cual llevaron adelante acciones fuera de lo común y

extraordinarias: servir una pizza, sacar fotos, poner música, llamar por teléfono, permitir visitas no programadas o simplemente permanecer en silencio junto al paciente. Indicaron la utilidad de proponer objetivos a muy corto plazo, de manera que fueran reales para el enfermo; indicaron también que, al trazar propósitos accesibles a la realidad del paciente, fue posible extender los efectos al grupo familiar, lo cual permitió aceptar los límites en cada situación además de evitar frustraciones.

Con respecto a determinar niveles de empatía, se describen los siguientes:

1. A partir del conocimiento técnico y profesional: los entrevistados afirmaron que la empatía con sus pacientes es posible gracias a su formación profesional y su capacitación como especialistas; identificaron en su formación el factor que provee herramientas para ser empáticos cuando una persona enferma manifiesta dolor y sufrimiento. El componente técnico-científico se presentó como expresión de la adecuación entre la asistencia prestada, los avances científicos y la capacitación de los profesionales, lo que implica la ejecución de todos los procedimientos con destreza. Describieron que sus actitudes empáticas mejoraron gracias a sus conocimientos técnicos y su formación profesional. Definieron la empatía como una cualidad en su acción médica, que busca mejorar la calidad de atención y permite proceder con certeza técnica para brindar confianza y seguridad al paciente y al equipo de salud. El conocimiento y la formación profesional se identificaron como herramientas que facilitan la empatía. Se describió un vínculo empático que permite un mejor manejo de la información que se tiene del paciente, una percepción personalizada y subjetiva de su enfermedad y una forma de relacionarla con hechos, procedimientos, conceptos interpretaciones, ideas, observaciones y juicios de valor, que mejora tanto los diagnósticos (situaciones en las que el paciente busca el significado de la causa del sufrimiento, por ejemplo un diagnóstico de cáncer, enfermedades no diagnosticadas previamente y que lo enfrentan con el temor a la soledad, la pérdida de autonomía o la muerte) como el pronóstico de los tratamientos, donde los significados atribuidos al sufrir se buscan en el futuro: evolución de la enfermedad, temores frente a síntomas recurrentes, temor a no saber qué hacer frente al sufrimiento. Los entrevistados afirmaron que el conocimiento y la formación profesional permiten un mejor establecimiento de la relación médico paciente y un trato empático, considerando que, de esta manera, el

médico logra trabajar con seguridad y profesionalismo brindando mayor confianza al paciente y su entorno.

Afirmaron que la formación personal permite adquirir competencias que facilitan el manejo de lo emocional hacia sí mismo y hacia los demás, brinda las herramientas para controlar sentimientos y adecuarlos a las situaciones, permite controlar la ansiedad y sentirse eficiente, los impulsos pueden retrasarse y la satisfacción racionalizarse. Los entrevistados registraron que su postura personal técnicamente capacitada, proporciona respuestas seguras y que su relación interpersonal con los pacientes no fue afectada al reconocer las emociones en otros, sino por el contrario, su capacitación y formación profesional aportaron un nivel adecuado de interrelación. Identificaron la posibilidad de construir una representación propia de los estados mentales del otro. Identificaron su empatía en la capacidad para reconocer y manejar sentimientos, motivaciones y en el adecuado manejo del contexto del paciente. Describieron habilidades profesionales que protegen al médico frente a diferentes situaciones que suelen obstaculizar su práctica y la adherencia terapéutica, entre ellas, la comunicación asertiva, empática, de escucha activa, de aceptación y veracidad; frente a impedimentos provenientes del modelo de atención institucional, o frente a la falta de conexión entre el equipo de salud y la gestión institucional, la ausencia del sentido de pertenencia para con el hospital en el que trabajan, la falta de identificación con el modelo de atención ofrecido, habilidades que se indicaron oportunas y necesarias para lograr una comunicación efectiva con los pacientes. Afirmaron que la empatía surge con el conocimiento y la formación profesional y es lo que posibilita brindar un contexto adecuado, percibir y comprender los sentimientos de la otra persona, aportar confort y confianza al enfermo para que pueda plantear su situación y expresarse libremente sin temor a ser juzgado.

Describieron el manejo de la empatía como la habilidad personal que permite aliviar conflictos comunicacionales y operativos; y como motivación para plantear modelos de tratamiento y abordaje diferenciados. Se destacó la empatía como aptitud cognitiva que permite el razonamiento analítico y la pericia técnica y la relacionaron con tres puntos fundamentales de su trabajo: responder a la confianza que los pacientes depositan en ellos, ser consecuentes con el compromiso científico inherente a la práctica de la

medicina y la responsabilidad de mejorar la seguridad del paciente e innovar en sus competencias profesionales.

2. A partir de los sentimientos y emociones propios: Los médicos afirmaron que la empatía con el paciente les permite experimentar en forma individual y personal lo que se siente al asistir al enfermo que sufre, y plantear un tratamiento posible. Afirmaron que la empatía les permite reconocer situaciones que involucran sentimientos propios y comprender los ajenos a partir de los cuales plantean las estrategias terapéuticas. Las respuestas empáticas que se mencionaron fueron: comprender al otro y ponerse en su lugar, observar lo que le sucede, solicitar información específica del sufrimiento que manifiesta, reaccionar de forma afectiva al compartir el estado emocional del paciente tanto con alegría como con tristeza. Los médicos reconocieron estar expuestos a las emociones y expresaron que, para afrontar escenas que se presentan de sufrimiento irreversible, el trabajo en equipo es fundamental ya que representa una ayuda para mantener la postura en el cuidado médico y permite una mejor comprensión de la situación del paciente y una mejor toma de decisiones. Identificaron que la empatía es útil para mejorar la comunicación con la persona enferma y que posibilita brindar cuidados de calidad, la cual consiguen, preocupándose por cómo quieren que se sientan las personas cuando son atendidas, destacando la importancia de mirar y escuchar a quienes confían en ellos, evitando cualquier suceso imprevisto que implique la pérdida permanente y grave de una función no relacionada con el curso normal de la enfermedad. Consideraron que atender con calidad y empatía permite respetar al paciente, reconocer sus requerimientos, qué quiere y cómo lo quiere, dándole al otro lo que el otro necesita y espera. Entre las emociones que registraron pueden mencionarse: miedo, incertidumbre, ira, rabia, vergüenza, apego, ansiedad, desesperanza. Manifestaron que la empatía les permitió aumentar su satisfacción en el área de trabajo, afirmaron que la empatía con el paciente permitía una mejor relación terapéutica, de donde obtuvieron sensaciones de bienestar y complacencia con la tarea realizada. Observaron las ventajas de ser empático para trabajar en las distintas etapas de un tratamiento: primeras entrevistas, indicaciones de estudios complementarios y planificación terapéutica. Remarcaron que la empatía es necesaria para mantener una actitud compasiva con el paciente y para no desatender los cuidados. Resaltaron la importancia de ser empático para lograr

comprender a los pacientes, la importancia de identificar necesidades y problemas del paciente que no son expresados de forma manifiesta. Detallaron procesos de fortalecimiento de los vínculos con la familia y el entorno social del paciente. Afirmaron que la empatía les permitía aceptar las limitaciones propias frente a enfermedades incurables y en situación terminal. Destacaron que la empatía habilita el respeto por la autonomía del paciente. Asociaron la empatía con la conexión especial establecida con cada paciente, la posibilidad de dar consuelo y ayudar. Manifestaron que ser empáticos los predispuso al sufrimiento del otro y los preparó para afrontar situaciones críticas, situaciones de comunicación de malas noticias y situaciones de muerte eminente. Definieron empatía como la capacidad personal de imaginar lo que se puede pensar y sentir en el lugar del otro en función de las propias experiencias; reconocieron sentimientos de angustia siendo testigos del sufrimiento de otro y afirmaron que sostener la intención empática es comprender las necesidades del otro, respetar su voluntad y sentir el deseo de ayudarlo.

3. A partir de las conductas adoptadas en el tratamiento: la empatía fue señalada como el factor que implica al médico en la toma de decisiones junto a su paciente y su entorno. Se describió una relación empática que influye en las reacciones, en las indicaciones terapéuticas y en las conductas, entre las que se destacan la cooperación y la convivencia en el escenario del tratamiento médico en situaciones críticas. Los entrevistados reconocieron sentirse implicados frente a la opción de la eutanasia porque, el hecho de que un paciente solicitara ayuda para poner fin a su vida enfrentaba a tomar una decisión al respecto. Relataron que algunos pacientes, y a veces sus familiares más cercanos (hijos, esposos) han pedido ayuda para terminar con su vida y expresaron con claridad que siempre se negaron. Ninguno de los entrevistados manifestó haber aceptado un pedido de eutanasia. Todos expresaron su rechazo frente a la medida y describieron sus experiencias. Manifestaron sensibilidad y relataron haber respondido con amabilidad, pero siempre negándose. Declararon su intención de acompañar al paciente en su sufrimiento, de mostrarle que el valor de su persona no disminuye con su enfermedad. Reconocieron la importancia de los cuidados paliativos y la responsabilidad que conlleva ofrecerlos, fueron descriptos momentos iniciales en el encuentro con el paciente (a quien se le ofrece la alternativa de cuidados paliativos, donde cada situación es única y exige analizar los elementos que la

definen para encontrar la mejor solución). Estos encuentros con el enfermo progresan a través del surgimiento de identidades emergentes (aquello que a modo de espejo refiere a la propia identidad) tanto en el médico como en el paciente, las cuales, a su vez, avanzan en progresivos sentimientos de compasión y pena. Al respecto se describieron intervenciones derivadas de lo que consideraron un diagnóstico empático adecuado, describieron el esfuerzo por mantener una posición empática enfrentada a la crisis de confianza que expresaba el paciente, cada vez que el médico se negaba o rechazaba participar del pedido de eutanasia. Describieron la empatía asociada a las conductas adoptadas en este escenario: muestra de interés por el dolor y el sufrimiento del paciente, intención de aliviar con prontitud los cuadros críticos; evaluaciones, asesoramientos y decisiones centradas en el paciente, respeto y comunicación con el entorno familiar y social. Relacionaron la empatía con su propia capacidad de adaptarse a los cambios en los tratamientos prolongados, su capacidad de manejar el stress en situaciones críticas, su estado de ánimo frente a la muerte de los pacientes. Describieron dificultades para mantener empatía en pacientes con afectaciones emocionales o con perturbaciones en su salud mental y relacionaron éstas con la esfera personal, familiar y laboral. Manifestaron que la empatía con el paciente alteraba el proceso de toma de decisiones. Relacionaron empatía con la capacidad de actuar con responsabilidad frente a la decisión de un paciente. Se diferenciaron posturas empáticas: preocupación y motivación para ayudar, habilidad para ponerse en el lugar del enfermo que sufre, respuesta que busca aliviar el sufrimiento. Describieron formas de tomar decisiones a partir de la relación interpersonal con el paciente: manejo de tiempos subjetivos, articulación de los pasos a seguir en un tratamiento ofrecido, interacción con el entorno del paciente. Identificaron la supremacía de la reacción emocional en la toma de decisiones y la dificultad de enfrentarse con la decisión autónoma de un paciente. Plantearon la planificación y la motivación como recurso y como respuesta para inhibir impulsos generados por la desesperación en los pacientes.

Respecto a identificar cómo intervienen los niveles de la empatía en la toma de decisiones:

El primer nivel de empatía descripto, vinculado al conocimiento técnico y profesional, se manifestó en la capacidad de evaluar cuánto y cómo está sufriendo una persona para poder abordarla en un modo más concreto y efectivo. Poseer formación en recursos terapéuticos y estrategias de intervención especializadas les permitió identificar:

a. el dominio de habilidades socioemocionales y de habilidades blandas (formación intrapersonal e interpersonal) y su utilización en los procesos de toma de decisiones, para conseguir la confianza del paciente y su entorno.

b. Modos de enfrentar y conducir procesos decisionales: comunicación del diagnóstico, recomendación de recursos terapéuticos, explicitación de consecuencias y desenlaces posibles.

c. Su apreciación de la enfermedad en cada persona: se diferenciaron los conceptos enfermedad y enfermo. Consideraron la singularidad del enfermo y de los fenómenos patológicos que se presentaban, para realizar indicaciones e intervenciones.

d. Factores que individualizan la toma de decisiones en la práctica clínica: la variabilidad del conocimiento médico, las actualizaciones científicas, la renovación constante de las intervenciones médicas y los condicionamientos de la práctica de la medicina basada en la evidencia.

e. Diferentes posturas adoptadas para explicitar las implicancias y resultados esperados de cada alternativa ofrecida: búsqueda de la participación del paciente en las decisiones brindando información relevante de manera entendible, adaptación del lenguaje y las estrategias de información.

f. Valores otorgados por los médicos a los resultados esperados, que modifican determinadas decisiones. Fue posible clarificar y determinar las opciones más significativas: distinción de creencias, perspectivas y objetivos en el cuidado médico como factores que influyen las decisiones. Se reconoció la importancia de considerar el punto de vista del paciente y su familia para evitar decisiones erradas;

la preferencia y el saber del médico se ubicaron en segundo lugar con respecto al interés del paciente.

El segundo nivel de empatía identificado a partir de los sentimientos y emociones de los médicos se manifestó en la toma de decisiones a través de:

a. Conflictos decisionales que conllevaron incertidumbre en el profesional médico: ante alternativas que implicaban posibles riesgos, ante elecciones no consistentes con los valores morales y que generaron dificultad para decidir el mejor curso de acción a seguir.

b. Sobrecarga cognitiva y afectiva: atender a la decisión del paciente y su entorno afectó la forma de brindar la información respecto de la enfermedad y el grado de implicación del profesional en el proceso decisional. A la espera de conseguir el mejor resultado posible, la sobrecarga emocional generó en los médicos, sentimientos de duda y de arrepentimiento con la decisión tomada, sentimientos de enojo o desazón frente a situaciones de muerte, sentimientos de culpa y responsabilidad por acciones no realizadas a tiempo en ciertas intervenciones, sentimientos de angustia o desesperación, identificación con la situación personal o familiar del enfermo.

c. Valores subjetivos que determinaron las decisiones: se describió la actitud de los médicos hacia la realización de las medidas terapéuticas, determinada por la fuerza de sus valores y creencias a partir de los cuales fueron evaluados los resultados obtenidos. Las intervenciones terapéuticas se realizaron siguiendo aquellas intenciones que combinaban valores personales y posibilidades de éxito esperado.

d. Interacciones de apoyo emocional: El afecto y el soporte emocional del paciente acompañó la información proporcionada y el asesoramiento en las situaciones de los enfermos. Se identificaron actitudes de ayuda y de afirmación emocional que brindaron protección y reafirmaron la confianza y la identidad de los pacientes. Se reforzaron características personales para manifestar los afectos y se diferenciaron de las características de la práctica clínica. Se identificaron necesidades

decisionales, tanto en el médico como en el paciente y su entorno (tipo, evolución, etapa e inclinación de la decisión a tomar), se aliviaron situaciones de angustia y tensión.

e. Conductas de respeto y consideración por el paciente: el reconocimiento de la autonomía del paciente se manifestó en la escucha sensible y empática. Frente a desacuerdos en la alternativa diagnóstica y/o terapéutica, el establecimiento de un vínculo emocional y afectivo con el enfermo permitió considerar la adecuación de los cuidados ofrecidos, protegiéndolo y asesorándolo sin abandonar el tratamiento aun cuando no fuera posible resolver las discrepancias.

f. Individualidad y subjetividad en la actuación del médico: la experiencia de trabajo acumulada y la propia experiencia de vida del médico determinó los modos de implicarse con el enfermo. Las experiencias emocionales vividas por los médicos modificaron sus criterios de intervención cuyo cambio fue descrito de forma progresiva, partiendo de una posición exclusivamente técnica y objetiva; arribando a actitudes flexibles e independientes para implicarse con los sentimientos del paciente.

El tercer nivel de empatía descrito señala las conductas adoptadas en el tratamiento y la implicación del médico en la toma de decisiones junto a su paciente y su entorno:

a. Analizar el impacto que ejerce una decisión: se señaló que las implicaciones afectivas de las decisiones que los médicos toman junto a sus pacientes conllevan consecuencias que recaen sobre su prestigio profesional. Se describieron conductas adoptadas basadas en la búsqueda de resultados exitosos que proporcionaran no solo confianza del paciente en su médico sino también un fructífero trabajo profesional. Se acentuó la preocupación de sostener la racionalidad de una decisión (sin temor al resultado obtenido) aún a riesgo de afectar la propia reputación.

b. Conductas adoptadas en situaciones de emergencias o urgencias médicas que requieren decisiones rápidas: se identificaron

dificultades para esclarecer los problemas a resolver, las prioridades a atender y la influencia de los aspectos subjetivos en situaciones críticas.

c. Promover la participación del paciente: se destacó la importancia de respetar y buscar el consentimiento del paciente en cualquier tratamiento ofrecido sin desestimar sus propios intereses, de cuidar y atender la vulnerabilidad del enfermo, de facilitar su participación en la toma de decisiones.

d. Se describieron conductas adoptadas en el tratamiento de un enfermo en situación terminal y en el abordaje de los cuidados paliativos como parte de un proceso en la toma de decisiones: estimular la receptividad del enfermo, identificar las características personales de cada paciente, presentar opciones y resultados posibles, revisar expectativas propias y del paciente, clarificar y explicitar los valores personales, ayudar en la identificación de presiones externas, afrontar la falta de habilidades o recursos y buscar como compensarlas, establecer acuerdos respecto de la elección de opciones, realizar compromisos y pactos de confianza, trabajar en modo interdisciplinario, incluir el entorno socio afectivo del paciente.

e. Reconocimiento de la capacidad cognitiva del paciente para decidir acciones y tomar decisiones particulares. Se señaló la importancia de esclarecer esta capacidad frente al pedido de eutanasia, de distinguir determinaciones y presiones externas de la voluntad del enfermo. Se diferenció el deseo de morir de la eutanasia, señalando en el primero un proceso de cuatro momentos (pensamiento, deseo, intención y acción) en el que las intervenciones del médico pueden abordar el tema de la muerte y acompañar al paciente a resignificar sus pensamientos al respecto; destacaron la importancia de la presencia, la disponibilidad y la escucha activa. Se subrayó la importancia de revisar junto al trabajo interdisciplinario, los aspectos legales, económicos y prácticos que intervienen en la escena de los cuidados paliativos. Se destacó que la búsqueda de estrategias de cuidados para mejorar la calidad de vida es útil para evitar que el paciente pida la eutanasia. Se indicó la necesidad de revisar abusos y negligencias en los cuidados

médicos por falta de empatía. Se destacó la utilidad del recurso de las *medidas anticipadas* para resolver conflictos éticos.

Respecto a detectar posibles cuadros o síndromes, referidos a la cuestión de la empatía, que denotan un trastorno identitario y obstaculizan el quehacer médico en un equipo de cuidados paliativos, el análisis de las entrevistas reafirmó la importancia de la empatía en la atención de las personas con enfermedad terminal. El concepto fue definido como la respuesta emocional que permite la comprensión del estado del paciente y que suele provocar en el médico, sentimientos similares a los que el enfermo manifiesta cuando describe su dolor y sufrimiento. Se señalaron respuestas empáticas como comprender al otro y ponerse en su lugar cada vez que se observaban escenas o situaciones de sufrimiento en el paciente. Se describieron reacciones afectivas al compartir el estado emocional con el enfermo, cada vez que manifestaba dolor insoportable y deseos de morir, sin embargo, los sentimientos de tristeza ansiedad o malestar no fueron señalados como factores que hayan generado alteraciones o trastornos emocionales que impidieran realizar la asistencia a los pacientes. Los médicos indicaron que poseían la capacidad personal de regular los sentimientos empáticos orientados al enfermo y el control de las emociones vinculadas a sus propias vivencias. Manifestaron su preocupación por centrar la actividad médica en las necesidades del paciente sin por ello orientarla a la búsqueda de aprobación del enfermo o su entorno, no manifestaron expresiones o sentimientos de agresividad o inestabilidad emocional. No describieron consecuencias físicas o emocionales derivadas de la práctica clínica con enfermos en situación terminal. La disposición empática fue señalada en su intención de ayudar al paciente siempre que esto no les impidiera actuar según sus propios valores. Si bien la empatía fue relacionada con los argumentos utilizados para tomar decisiones, no se registraron cuadros que denotaran trastornos identitarios o dificultades para distorsionar las mismas o cuidar de forma adecuada a los enfermos. Manifestaron que sentir compasión por los pacientes no era causa de agotamiento físico ni mental y que estos sentimientos no afectaban la práctica médica en forma negativa. No fueron señaladas reacciones negativas relacionadas con la empatía en la atención de los pacientes. No fueron identificadas dificultades para manejar la empatía en situaciones de enfermedad terminal, pedidos de ayuda para morir o duelos en el contexto familiar. No se indicaron conflictos ni incapacidad para trabajar en equipo, no se indicó la

aparición de conductas agresivas o violentas en el contexto profesional ni personal del médico. Describieron situaciones institucionales que impedían un trabajo médico seguro y confortable, el cual no fue relacionado con una empatía desmedida sino con recursos y medidas político-sanitarias inadecuadas, comunes a todos los ámbitos hospitalarios. Se describieron características de personalidad propias anteriores a la elección de la especialidad médica (actitudes perfeccionistas o idealistas, posiciones altruistas, motivación y compromiso con la tarea, tolerancia a la frustración, capacidad de autocontrol y autocuidado) las cuales no fueron señaladas como producto del trabajo exhaustivo con los pacientes terminales ni obturadoras de las habilidades personales para desempeñar su trabajo.

DISCUSIÓN

Acerca de los médicos entrevistados.

Las entrevistas realizadas permiten identificar que existe una relación entre las habilidades profesionales requeridas en la práctica y la empatía del médico frente al padecimiento del enfermo. Los modos de brindar asistencia a las personas con enfermedades progresivas e irreversibles se mostraron variables, aunque la finalidad enunciada siempre fue la misma, atender con calidad a los pacientes. Conseguir el alivio del enfermo y su entorno, supone atender al sufrimiento incluyendo los síntomas clínicos, las cuestiones psicológicas, sociales y espirituales. Se describe una práctica que vuelve objeto de intervención profesional el contexto íntimo y privado de los pacientes, la historia de vida de cada persona, sus emociones, los vínculos familiares, su relación con la enfermedad y la muerte. Se desprende de las entrevistas que las propias experiencias subjetivas y emocionales intervienen en la efectividad del especialista ocupado en que el paciente reciba la mejor atención requerida en cada momento. El humanismo médico y el arte de cuidar son revalorizados en los relatos que describen cómo los médicos comparten con la familia y el contexto social del paciente un rol central en el acompañamiento de la enfermedad.

En el hospital general, los médicos realizan un trabajo coordinado con los diferentes niveles de atención, lo que incluye a los centros de atención primaria del partido de Florencio Varela (en la provincia de Buenos Aires, Argentina) y el hospital de alta complejidad El Cruce; desempeñan sus funciones dentro del ámbito hospitalario, pero incluyen el trabajo en red lo cual extiende el alcance de sus intervenciones. El trabajo se realiza con un equipo básico integrado por el médico y la enfermera y se completa con el apoyo de la atención integral realizada en el marco de la interdisciplina, donde intervienen además psicólogos, trabajadores sociales, kinesiólogos, terapistas ocupacionales y acompañantes terapéuticos entre otros. Se destaca la mención de procesos de trabajo que proporcionan continuidad asistencial, que inician en la recepción del paciente en los consultorios externos y avanzan en revisiones periódicas que llegan hasta el desenlace de los cuadros más críticos. Se trata de un trabajo que se exige especializado, que supone de antemano la formación

y capacitación del profesional a cargo, la realización de interconsultas e internaciones específicas y prolongadas cuya adecuación ofrezca al paciente un contexto que resguarde su intimidad, un mínimo de confort y la presencia constante de un entorno que acompañe.

Acerca de cómo se describe la empatía

La empatía fue definida como la capacidad para ponerse en el lugar del otro y comprenderlo. A partir de lo que acontece en el establecimiento de la relación médico paciente, en la cual también fue incluido el entorno familiar, los médicos comparten el estado emocional de los enfermos manteniendo un contacto directo y continuo, sin embargo, afirman que esto no ha afectado su rendimiento y buen desempeño profesional. La empatía fue reconocida como la reacción emocional y el estado afectivo que les permite compartir las emociones con el otro y diferenciarlas mínimamente de los propios sentimientos. Cabría preguntarse si esta forma de entender la empatía no reduce el concepto a una dimensión estrictamente emocional que se limita y se combina con la simpatía, que precisamente consiste en compartir las emociones de los demás, percibir y sentir directamente de manera de experimentar cómo siente las emociones la otra persona. La simpatía implica afinidad, inclinación mutua y amabilidad; la empatía, en cambio, permite entender las conductas del otro a partir de poder conocer cómo piensa, implica un modo de acceder a los pensamientos de la otra persona. Un sujeto empático puede identificarse a sí mismo, ubicarse espacialmente y tener conciencia del lugar desde el cual percibe la realidad, posee la capacidad de descentrarse mentalmente, sintiendo con alguien más. La conciencia de *estar fuera de la otra persona y tener que alcanzarla* es el requisito previo para la empatía.

En consecuencia, podría pensarse el ser empático como un proceso que abarca tres componentes: la percepción de uno mismo “desencarnado” (ubicación que permite ponerse en el lugar del otro) la perspectiva visual y espacial (para codificar la perspectiva visual y espacial del otro) y la codificación paralela de la posición del propio cuerpo en el espacio; este proceso empático permite sentir, pensar y comprender lo que el otro es (*es otro distinto a mí, el otro no soy yo*), es sentir y pensar desde su propio punto de vista y experiencia de vida. La importancia de no perder la focalización en el propio yo, fue señalada con especial cuidado en una

práctica clínica asistencial que busca captar las necesidades de los enfermos, conectarse con su sufrimiento y manifestar la intención de ayudar y consolar.

Acerca del vínculo con el enfermo

El estudio permite destacar que la actitud de los médicos es activa y se dirige a aliviar el dolor y el sufrimiento con empatía, la cual es considerada tanto una conexión emocional como una evaluación cognitiva de la situación que atraviesa el enfermo; la posibilidad de tener la perspectiva de la persona enferma, de comprender cómo se siente y el porqué de sus reacciones habilita una atención más humana, que acerca al médico con su paciente y su familia, va más allá de los alcances científicos y tecnológicos y enmarca la asistencia en mejorar la calidad de los cuidados sin temor a involucrar las emociones. Responsabilización y reparación caracterizaron los procesos en los cuales se identificó amabilidad empática en los médicos; señalaron que su formación como profesionales podría considerarse incompleta si se limita a la capacitación para realizar diagnósticos precisos, prudentes pronósticos y tratamientos oportunos; la posición empática les permite ir más allá de los síntomas y las enfermedades para ocuparse de la persona. Centrarse en el paciente y establecer con él un vínculo. Cabría señalar en este punto la característica que revisten los vínculos de transformar al sujeto, que deviene diferente a partir del encuentro con el otro. Resulta relevante destacar que vincularse no es cómo entre dos hacen algo, sino que en un vínculo descubrimos lo más íntimo de nuestra vida en otro. Por eso los vínculos implican una trascendencia, un atravesamiento de lo que un sujeto cree que es.

Las acciones realizadas se relataron vinculadas con otro y esto (además de evitar la expresión de un repliegue sobre sí mismo) se relacionó con la disminución de la ansiedad que generan las salas de internación o las situaciones críticas de los enfermos, acudir a la atención del paciente puede vivenciarse como fuente de satisfacción frente a la tarea cumplida y contribuye a la disminución de los errores que ocasionalmente podrían ocurrir. Se relacionó la empatía con la posibilidad de enfrentar situaciones de burn out o desgaste emocional, diferenciándolos a su vez de los efectos emocionales que aparecen, por ejemplo, ante la muerte de un paciente. Reflexionar sobre la empatía condujo a identificar qué percepción tienen del sufrimiento de los pacientes en situación terminal y cuál es su grado de implicación,

cuál es su forma de adquirir recursos mentales y de mantenerlos de tal forma que no perjudiquen la práctica; reconocer necesidades y emociones propias les permitió detectar que ser sensibles y respetuosos con los pacientes forma parte de su profesionalismo médico.

¿Es un deber del médico responder a la petición de ayuda para morir?

Sin problemas para hablar de eutanasia, se describieron dos posiciones al respecto; aquella que se opone a la eutanasia ubicándose en un terreno religioso que alude al valor sagrado de la vida humana y la de aquellos que defienden la eutanasia con el propósito de no ser absolutos y en cambio ser más pragmáticos. Considerada un asesinato por unos y un derecho por otros, su mención no se relacionó con los sentimientos de compasión que aparecen en el médico hacia los enfermos, que frente a la desesperación piden morir. Las posiciones confluyen en acciones que todos realizan: acompañar el momento de la muerte y tratar de que el paciente lo transite de la forma más confortable y digna, recordar que lo sagrado de la vida no requiere que se la mantenga con cuidados artificiales innecesarios, ofrecer los cuidados paliativos.

Responder respetando la autonomía del paciente se destaca como prioridad, las posturas de los médicos se muestran sólidas en defender y cuidar la autonomía como *fortaleza última, salvo la conciencia*, en la personalidad del paciente; asimismo se juzga incorrecta la intención de manipular las decisiones de la persona enferma conociendo su vulnerabilidad, lo cual correspondería a anular la independencia de alguien. Teniendo en cuenta que la autonomía en muchas ocasiones se muestra afectada por condicionamientos culturales, factores psicológicos, presiones familiares, etc.; fue señalada la importancia de estar advertido que existe una parte de la autonomía del paciente que será difícil de alcanzar desde el exterior, que pertenece a su interioridad y que podría decirse, se defiende naturalmente y que como cuestión de mera practicidad, es intocable.

Que la eutanasia es ilegal en el país es la primera respuesta con la que los médicos explicitan que no respaldan ni consideran la opción de ayudar a morir al paciente cuando éste lo pide. Luego completan su respuesta negativa con consideraciones emocionales e intelectuales. Afirman que no puede considerarse que

la eutanasia sea una solución sino más bien un impedimento para brindar al enfermo la ayuda que merece recibir. Aparecen alrededor del tema, expresiones de juicios de valor, convicciones, valores personales y las ideas de lo que consideran bueno para la vida personal se trasladaron a los pacientes. No se hallaron cuestionamientos acerca de ponerse en el lugar de quien decide que no quiere vivir en condiciones de enorme dolor, sin embargo, quedó habilitada la pregunta de por qué sería crucial para el médico decidir sobre una situación que no va a experimentar, justamente porque los planteamientos, fueran a favor o en contra, encuentran su freno en la legislación vigente.

Ayudar a morir es una opción que aparece opuesta a la esencia de la práctica médica que es curar al enfermo, continuar bregando por el bienestar del paciente se sostiene aún en situaciones en las que se agotaron las posibilidades de cura. Sin embargo, no se desconocen las posturas enfrentadas que sostienen que la responsabilidad médica podría considerar aceptar y comprender la intervención que acelera el final de la vida cuando se ha perdido la batalla contra la enfermedad y el paciente considera la alternativa de la eutanasia. Como respuesta, se afirma que el deber de los médicos de aliviar el sufrimiento del paciente es considerado tan importante como el de preservar la vida y aunque pueda admitirse que en ocasiones ambos deberes se enfrenten, no resulta convincente el argumento de que respetar los valores y decisiones del enfermo signifique olvidar los propios y beneficiar al enfermo ayudándolo a dejar de vivir. Se ha indicado que intuitivamente los seres humanos aman sus vidas y naturalmente existe una inhibición con respecto a terminar intencionalmente con ella y en tanto seres gregarios tampoco la vida de los demás; naturalmente las personas consideran el valor inalienable de la vida, por lo tanto, la premisa que insiste es la de recordar junto al paciente y su entorno, que esta condición no se pierde ni disminuye según las condiciones que atravesase un individuo. La empatía que existe en la posición humanista del médico no modifica la postura que dice no a la eutanasia; esto conduce a considerar como intervienen las emociones en la toma de decisiones.

Acerca de la toma de decisiones y el manejo de las emociones.

El análisis de las emociones y su relación con la toma de decisiones explora la dimensión comunicativa de la emoción y se pregunta cómo y por qué, frente a la necesidad de tomar decisiones, los entrevistados compartieron sus vivencias

emocionales con las de sus pacientes. El registro de la tristeza (expresada con frecuente insistencia) intenta responder mostrando cómo el compartir las emociones, no solo con el paciente y sus cuidadores sino también con el equipo de especialistas, proporciona un alivio significativo, permitiendo la recuperación emocional y reposicionando a los médicos frente a acontecimientos extremadamente dolorosos que, (reconocieron) de otra manera, podrían ser causa de trastornos intensos y duraderos. Esto convierte al proceso comunicacional en un fenómeno adaptativo que permite recobrar la estabilidad afectiva y continuar con la práctica médica específica. La intensidad de las emociones se revela en diferentes momentos decisivos comenzando por la comunicación de malas noticias; al vivirlo de manera empática, el médico reconoce la activación de un efecto emocional que requiere cierta dosificación adaptativa que lo habilite a evitar o superar consecuencias negativas en el futuro. En esta misma serie se ubican otros momentos decisivos como la elección del tratamiento, los procedimientos para el control del dolor y el enfoque de los cuidados paliativos. La naturaleza de esta experiencia emocional se articula a un entorno pleno de significados y valoraciones en virtud de la experiencia profesional acumulada sumado a la percepción que, en cada situación particular explora las oportunidades y los obstáculos para el logro de los objetivos buscados. Las percepciones subjetivas intervienen en la toma de decisiones al final de la vida y si bien juzgar su estado de bienestar le corresponde a la persona enferma, el papel del médico permanece estable en la intención de promover y garantizar el bien de su paciente; tarea que no realiza desinvestido de lo emocional. Ponderar circunstancias junto al enfermo no es un ejercicio exclusivamente racional, hablar de directivas anticipadas, acompañar una muerte serena, equilibrar el respeto a la autonomía con el deber médico de cuidado por sobre la cura, involucra la carga emocional y afectiva que se anticipa a lo cognitivo: ver al paciente no solo es conocerlo sino mirarlo de tal forma que inevitablemente suscita intensas reacciones emocionales.

Se describe un proceso de toma de decisiones que, si bien se vale de respuestas inconscientes somatosensoriales, se presenta como un proceso físico-emocional- racional aún más complejo. Por ello resulta útil la propuesta de revisar la importancia de los procesos mentales para la toma de decisiones. En el estudio es posible comprobar que éstas no son plenamente racionales pues las emociones tiñen las decisiones de las personas. Puede observarse además que intervienen otras cuestiones subjetivas, de las cuales algunas pueden ser más o menos conscientes,

en cambio otras pertenecen a procesos que no son accesibles a la conciencia y que sin embargo impactan significativamente en una decisión. Por ello, es importante conocer cómo ante el planteamiento y la resolución de dilemas en el final de la vida, se activan conjuntamente la parte irracional y emotiva del cerebro con la racional y cognitiva. Emitir juicios morales, extraer inferencias de los estados mentales ajenos y propios (hetero y autoconciencia), aprender de contingencias de recompensa, son realidades que confirman el valor de las emociones y la empatía en la toma de decisiones.

Matices de la tristeza

El estudio se realizó con la intención de descubrir posibles cuadros o síndromes, referidos a la cuestión de la empatía, que denotan un trastorno identitario y obstaculizan el quehacer médico. Esto requirió evaluar previamente un patrón de conocimiento para juzgar si un cuadro puede legitimarse y si puede ser aplicado con criterio considerando ciertos requisitos y limitaciones. La ocasión de diagnosticar, en este caso remite a la revisión de miedos, defensas, relaciones y riesgos que se describen en la inclinación del médico por encontrar sentido al dolor de sus pacientes y por entender al sufriente que le pide ayuda. Se sostiene que analizar los recursos personales de cada profesional, esquematizarlos y categorizarlos permite entender mejor a la persona del médico y a su vez, les permite a estos asumir mejor la propia actividad que los compromete tanto técnica como teórica y moralmente. En la búsqueda de diagnosticar los riesgos psíquicos de las personas, fue posible conocer previamente a los interlocutores, prestar atención a la aparición de posibles manifestaciones clínicas, observar los perfiles psicológicos, detectar mecanismos psíquicos y el entramado subjetivo en el que se asientan. Si bien no se detectó un trastorno identitario, sí fue posible definir un instrumento conceptual ventajoso para los médicos que trabajan en la atención de personas con enfermedad terminal y en cuidados paliativos, que les permite adelantarse en el conocimiento de los propios malestares psíquicos y emocionales, ubicar el sentido biográfico de sus síntomas, para que el nuevo saber favorezca el vínculo con los enfermos.

El análisis del estudio tropieza con la dimensión afectiva, que envuelve diversas vivencias relacionadas con el *sentir* y el *afectar*, encontrándose expresiones tales como sentimientos, afectos, emociones, pasiones, estado de ánimo, humor, experiencia interior, diferenciadas por su duración e intensidad. Resulta relevante

recurrir a la indicación que en el DSM5 diferencia el humor del afecto. Al primero lo define como un *clima emocional más generalizado y persistente*. Por su parte, el afecto es considerado como un *patrón de comportamientos observables que es la expresión de sentimientos (emoción) experimentados subjetivamente*, como la tristeza y la alegría. Esto nos conduce a reparar en la tristeza, situada en el polo opuesto a la alegría, que aparece descrita en el estudio como el sentimiento que surge del compartir con el paciente circunstancias dolorosas. La psicopatología clásica sostiene que, como el resto de los afectos o sentimientos, la tristeza revela una verdad del sujeto y formaliza una diferenciación entre tristeza reactiva, endógena y existencial. En este estudio, la tristeza que describen los médicos no presenta un tono monocorde sino más bien una multitud de matices que (sumados a los que a diario le aporta el acercamiento al enfermo doliente), refleja ámbitos específicos y a veces contradictorios de dolor, aflicción, nostalgia, soledad, egoísmo, cobardía y ocultamiento, entre otros. Sería pretencioso adoptar una postura que busque situar en esta investigación una tristeza normal y otra patológica, ya que establecer demarcaciones en el campo de las emociones y sentimientos es más complicado que en el territorio de las ideas y representaciones.

La tristeza como afecto fundamental produjo alteración en los médicos, que expresaron con diversos matices y proporciones, estados de preocupación, pesadumbre, desagrado, incomodidad, desesperanza y dolor del alma. ¿Es posible afirmar dos caras de la tristeza, una mortífera y otra salutífera, una vulgar y otra noble, una activa y otra pasiva? El estudio enfrenta además la conjunción de dos extremos desde el punto de vista que combina la clínica y la ética, permitiendo reflexionar acerca de su carácter voluntario o involuntario, es decir, si los médicos decidían condescender a la tristeza o si voluntariamente decidían sobreponerse a ella. Se describieron tanto estados de fatiga y resignación, de desaliento e inhibiciones como singulares sentimientos de dolor anímico seguidos de raptos de ansiedad. Con diferentes connotaciones que incluso podrían resultar aparentemente contradictorias, las situaciones de duelo y su elaboración a través de los recuerdos, la soledad combinada con la capacidad creativa frente a la aflicción y sentimientos de inutilidad, el inevitable empalme del goce y el dolor que genera ambivalencia, los sentimientos de culpa y los autorreproches, comparten la experiencia central de la tristeza. Tres aspectos pueden destacarse en la actitud asumida por los médicos: responden y se

hacen cargo de la emoción, intentan moderar las pasiones y no se regocijan en la pesadumbre.

Frente a la advertencia que indica que la dependencia a las categorías aleja de lo singular, podría enunciarse como limitación del estudio que el mejor diagnóstico al cual se pudo arribar fue el que dice lo esencial de cada sujeto particular. Resultó conveniente mantenerse en un continuo movimiento entre lo genérico de las estructuras de la personalidad y lo genuino de observar caso por caso. *La atención a la realidad que debe caracterizar a toda reflexión ética se especifica de modo singular en la realidad concreta de la persona humana y es por eso por lo que se considera relevante, en las prácticas médicas, considerar la singularidad de la persona en relación con su propia naturaleza, con la sociedad, viendo como cada paciente asume su dolor dándole un sentido que va más allá de sí mismo, lo que nos habla de su capacidad de auto trascendencia.* (74)

CONCLUSIÓN

El vínculo del cuidado en la relación médico paciente supone un compromiso en la intención de sanar, curar y cuidar de otro que no es posible llevar a cabo sin confianza, perseverancia y empatía. Cabe preguntarse cuáles son los hechos y realidades esencialmente médicas que se ponen en juego en el encuentro clínico y sobre qué elementos se apoya la responsabilidad del médico cuando asume el cuidado de una persona con la *humanidad herida vulnerada por la enfermedad*, cuando busca con su acto médico hacer lo correcto y bueno para su paciente respondiendo a lo que se debe hacer no solo desde un punto de vista técnico sino también moral.

Adaptar los conocimientos técnicos a la condición única del enfermo precisa de la empatía. El trabajo realizado muestra la relevancia del concepto en la práctica médica, señalada por los propios entrevistados. Acentúa que en tanto habilidad cognitiva-emocional-afectiva, la empatía permite al médico imaginarse a sí mismo semejante al otro y proyectar su personalidad en la vida del enfermo para sentir y comprender sus sentimientos. Con empatía puede entrar en el mundo emocional del paciente y centrarse en su sufrimiento para ponderar lo singular de cada situación de enfermedad. Fue considerada un atributo necesario para poder utilizar los

conocimientos en interés del paciente ya que no es posible comprometerse con el acto médico sin conocer la situación que atraviesa el enfermo, si no se respetan sus valores, si no preocupa su evolución, si se es indiferente o se está desconectado respecto al modo en que la persona percibe la enfermedad. Convergen en la empatía del médico actitudes, palabras y gestos para lidiar con lo que una enfermedad acarrea de sufrimiento en la vida de un sujeto, la empatía se define en términos de interrelación dinámica entre dos personas. Crea un vínculo. Es posible concluir que la empatía interviene en la toma de decisiones de la práctica clínica tanto a nivel de la formación y capacitación profesional del especialista como al nivel que muestra cómo gestiona sus emociones y aquel en el cual se revisan las conductas adoptadas junto al paciente y su entorno. El análisis detallado de cada uno de los niveles de empatía, su manifestación en la personalidad de los entrevistados y cómo intervienen en la toma de decisiones comprueba los beneficios de un trabajo enfocado en intervenciones existenciales que enriquecen el campo cada vez más amplio y especializado de los cuidados paliativos.

No se registraron síndromes referidos a la empatía que señalaran trastornos causados por una excesiva identificación con el sufrimiento del paciente, que provocaran la pérdida de objetividad o perjudicaran la competencia médica para saber qué se puede y qué se debe hacer sin errar el camino al acompañar al paciente en la toma de decisiones.

Todas estas cuestiones fueron revisadas en el escenario de los cuidados paliativos en el final de la vida, aunque su aplicación se extiende al enfoque que los incluye también en enfermedades graves. El sufrimiento de los enfermos en situación de enfermedad terminal enfrentó a los médicos que participaron en esta investigación, a preguntarse por el deber de responder a la petición de ayuda para morir y los comprometió al revelar la intensidad de sus emociones en momentos decisivos teñidos de una gran tristeza en la cual se admiten envueltos ante la fragilidad de la existencia humana en la cercanía de la muerte.

Incluir la persona del médico en la investigación y el seguimiento de los datos relativos a la empatía respalda la importancia de una comprensión profunda del trabajo en cuidados paliativos. Proporciona un detalle sobre los modos de brindar medidas de cuidado y apoyo que abarcan las tres dimensiones de la persona y convoca a continuar evaluando y desarrollando formas de abordar el sufrimiento

cuidando la preciosidad y la dignidad de la vida humana. Esto conduce a tomar posición en un dialogo de actitud reflexiva y propositiva con la bioética, la cual es presentada como *diakonía*⁶ de la inteligencia para el cuidado de la vida. *Los fundamentos de la bioética personalista expresan la reflexión racional sobre la realidad concreta de la persona humana, que constituye el centro de la actividad médica, a la vez sujeto y objeto de la misma, (esa persona concreta a la que tengo que tratar médicamente y esta persona humana que soy yo, y que tiene que decidir cómo tratar a la otra persona)*⁷. El estudio aporta una visión transdisciplinar de la práctica clínica, que comparte como primera pauta ética la intangibilidad de la vida física del ser humano, propone un modelo que prioriza el diálogo terapéutico y facilita la comunicación entre el médico y el paciente reconociendo la libertad y responsabilidad de ambos en la toma de decisiones; esta alternativa más objetiva y racional, resalta el compromiso de considerar solo aquellas intervenciones terapéuticas que no atenten la integridad de la persona, aquellas que sean realizadas con la finalidad de aliviar el dolor, la angustia y los síntomas; por último, la propuesta acentúa que la vida debilitada del enfermo terminal reclama del médico estrategias para defender la dignidad de la persona inscriptas en la solidaridad antes que en el asistencialismo.

Centrarse en la persona supone asistirla en su totalidad. Hacerse cargo del otro implica regenerar el sentido profundo de la existencia en el enfermo, partiendo de una cuidadosa revisión del propio significado del cuidado, en un encuentro con el enfermo en el que muchas veces, cuando ya no sea posible curar ni aliviar, solo se esperará del médico que permanezca a su lado.

*Es en esos espacios donde la vocación que Dios imprimió en nosotros refleja los infinitos modos finitos en los que nuestro Creador socorre a la fragilidad. (...) el Dios que se acerca al débil y enfermo, imprime parte de esta identidad en su obra más perfecta: el ser humano, de forma tal que la solidaridad y empatía claman desde nuestras conciencias y no nos dejan ser indiferentes ante el dolor*⁸.

⁶ La bioética es para Jorge Mario Bergoglio un espacio idóneo para el diálogo constructivo y para el servicio a nuestro pueblo. Bergoglio, J.M en Revello, R., *Bioética: la verdad que busca el bien*, UCA, Bs. As. 2010.

⁷ Miranda, Gonzalo. Fundamentos Éticos de la Bioética Personalista

⁸ Revello, Rubén. Aspectos teológicos del tema: "La presencia cristiana junto a la fragilidad humana en el tiempo de la pandemia". Dicasterio para el Servicio del Desarrollo Humano Integral. 2021

REFERENCIAS

1. López López AF. Karol Wojtyla y su visión personalista del hombre. Cuestiones Teológicas. 2012; 39(91).
2. Burgos JM. Para comprender a Karol Wojtyla. Una introducción a su filosofía Madrid: BAC; 2014.
3. Sgreccia E. Manual de Bioética. Cuarta ed. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 2018.
4. Lukac de Stier ML. Fundamentos filosoficos de la etica biomedica. Vida y Etica. 1999; 10(2): p. 29-48.
5. Toledo A. De la justicia a la solidaridad. Hacia un nuevo paradigma. Vida y Etica. 2008; 9(1).
6. Stein E. La estructura de la persona humana Madrid: BAC; 2007.
7. Mallol A. Análisis del fallo SCJN. una mirada desde la bioética personalista. Vida y Etica. 2014; 15(1).
8. Pellegrino E. La experiencia vivida de la dignidad humana. En Bochaty Ac. Bioética y Persona. Escuela de Elio Sgreccia. Buenos Aires: EDUCA; 2008. p. 303-340.
9. Comoretto N. La centralidad de la persona en la praxis médica. En Bochaty A,c. Bioética y Persona. escuela de Elio Sgreccia. Buenos Aires: EDUCA; 2008. p. 75-93.
10. Pellegrino E, Thomasma D. Las Virtudes en la Practica Medica New York: Oxford University Press; 1993.
11. Pellegrino E, Thomasma D. A philosophical Basis of Medical Practice New York: Oxford University Press; 1981.
12. Pellegrino E, Thomasma D. Medicine today: its identity, its role and the role of Physicians. Itinerarium. 2002; 10: p. 57-59.

13. Pellegrino E, Thomasma D. The virtuous physician and the ethics of medicine. Philosophy and Medicine Series. 1985; 17: p. 243-255.
14. De Santiago M. Las virtudes en Bioética Clínica. Cuadernos de Bioética. 2014.
15. Ansermet F, Magistretti P. A cada cual su cerebro. cuarta ed. Madrid: Katz; 2006.
16. Freud S. Obras Completas Tomo XIX. segunda ed. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1989.
17. Freud S. Obras Completas Tomo XIV. segunda ed. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1989.
18. Blake D, Byl N, Merzenich M. Representation of the hand in the cerebral cortex. Behavioral Brain Research. 2002; 135: p. 179-184.
19. Damasio A. El error de Descartes. La razón de las emociones. 1st ed. Barcelona: Edición Crítica; 1999.
20. Revello R. Relación entre personalismo ontológico y corpus doctrinal. En Bochaty Ac. Bioética y Persona. Escuela de Elio Sgreccia. Buenos Aires: EDUCA; 2008. p. 361-373.
21. II JP. vatican.va. [Online]; 1998. Acceso 4 de 12 de 2019. Disponible en: http://www.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_14091998_fides-et-ratio.html.
22. Cilleruelo García L. San Agustín. En Gran Enciclopedia Rialp. Madrid: RIALP; 1999.
23. Agustín S. Confesiones Buenos Aires: Libertador; 2008.
24. Galindo R. Amar a Dios con san Agustín Madrid: Rialp; 2015.
25. Iuale L. Una lectura psicoanalítica de Agustín de Hipona. Verba Volant Revista de Filosofía y Psicoanálisis. 2011; 1.

26. Rivero Guzman M. Empatía, el arte de entender a los demás. [Online].; 2019. Acceso 7 de marzo de 2022. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/333701266 Empatía el arte de entender a los demás](https://www.researchgate.net/publication/333701266_Empatia_el_arte_de_entender_a_los_demas).
27. Arrieta A, Carballo M, Bidegain M, Ferreira A. Hacia un enfoque multinivel en los estudios empíricos de la empatía: autopercepción, comportamiento y mecanismos neurobiológicos. Rev. Psiquiatr. Urug. 2021; 85(1).
28. Svenaeus F. Morir bien: la fenomenología del sufrimiento y la ética del final de la vida. Med Health Care Philos. 2020; 23(3): p. 335-342.
29. Howe D. Empathy, what it is and why it matters New York: Palgrave macmillan; 2013.
30. McSherry M, Rissman L, Mitchell R, Ali-Thompson S, Madrigal V, Lobner K, et al. Prognostic and Goals of Care Communication in the PICU: A systematic review. Pediatr Crit Care Med. 2023; 1(24): p. 28-43.
31. Batson C. These things called empathy: eight related but distinct phenomena. En Decety J, Ickes W. The social neuroscience of empathy.: Cambridge MIT Press; 2009. p. 3-15.
32. Mowat R, Cocinera C, Chapman M, Roskrug M. Buena muerte interrumpida: las emociones morales de las enfermeras que navegan por la ética clínica y de salud pública durante la primera ola de la pandemia de Covid 19. Clin Nurs. 2023; 27.
33. IAM F, Menezes R, Rego G. Empatía: guía para comunicar el diagnóstico de enfermedades neuromusculares. Int J Environ Res Public Health. 2022; 9(19): p. 9792.
34. Nuñez C, Deza Santos F, Taypicahuana Juarez C, Chirinos Lazo M, Adiazola G, S , et al. Empatía y soledad en el contexto de las

profesiones sanitarias: artículo de revisión. Cuadernos de Bioética. 2022; 33(109): p. 303-316.

35. Avci E. Los objetivos de la medicina y la compasión en la evaluación ética de la eutanasia y el suicidio asistido por un médico: aliviar el dolor y el sufrimiento mediante la protección, promoción y mantenimiento del bienestar de la persona. J Palliat Care. 2022; 37(3): p. 366-371.
36. Goleman D. La inteligencia emocional en la empresa Barcelona: Conecta; 2018.
37. Pérez Bret E, Altisent Trota R, Rocafort Gil J, Jaman Mewes P. Cuidados y atención al paciente y su familia al final de la vida: planificación de cuidados anticipados compasivos. Cuadernos de Bioética. 2019; 30(98): p. 35-42.
38. Spijkers A, Akkermans A, Smets E, Schultz M, Cherpanath T, van Woensel J, et al. How doctors manage conflicts with families of critically ill patients during conversations about end of life decisions in neonatal, pediatric, and adult intensive care. Intensive Care Med. 2022; 48(7): p. 910-922.
39. Eggenberger T, Howard H, Prescott D, Luck G. Exploring Quality of Life in End of Life Discussions. Am J Hosp Palliat Care. 2020; 37(6): p. 465-473.
40. Yuguero O, Esquerda M, Viñas J, Soler-Gonzalez J. Ética y empatía: la relación entre el razonamiento moral, la sensibilidad ética y la empatía en estudiantes de medicina. Rev Clin Esp (Barc). 2019; 219(2): p. 73-78.
41. Eisenberg N. Distinctions among various modes of empathy related reactions. A matter of importance in humans. Behavioral Brain Sciences. 2002; 25(1).

42. Moore P GGKSA. La comunicación médico paciente. Cuáles son las habilidades efectivas? Rev. Med. Chile. 2010; 138.
43. Zaal-Schuller I, Geurtzen R, Willems D, de Vos M, Hogeveen M. Lo que dificulta y ayuda en el proceso de toma de decisiones al final de la vida de los niños: puntos de vista de los padres y los médicos. Acta Pediatr. 2022; 111(4): p. 873-887.
44. Zhou Yea. Una revisión de alcance sistemática de Iso enfoques para enseñar y evaluar la empatía en medicina. BMC Med Educ. 2021; 21(1): p. 292.
45. Mestre Escrivá V, Frias Navarro MD, Samper García P. La medida de la empatía; análisis del Interpersonal Reactivity Index. Psicothema. 2004; 16(2).
46. Ashar Yea. Empathic Care and Distress: Predictive Brain Markers and Dissociable Brain Systems. Neuron. 2017; 94.
47. Levy J, Goldstein A, Feldman R. NATURE COMMUNICATIONS. [Online].; 2019. Acceso 2 de 4 de 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41467-019-09927-y>.
48. Martinez Montes E, Lage Castellanos A, Canales Rodriguez E, Iturria Medina Y, Valdes Sosa P. El cerebro como sistema complejo; estimación de la conectividad cerebral. Revisat Cubana de Física. 2006; 23(2): p. 97-106.
49. Tirapu-Ustarroz Jea. Qué es la teoría de la mente? Rev Neurol. 2007; 44(8).
50. Adolphs R. Social cognition and the human brain. Trends Cgn Sci. 1999; 3.
51. Shamary-Tsoory S, R T, Berger B, Aharon-Peretz J. Characterization of empathat deficits following prefrontal brain damage,

- the role of the right ventromedial prefrontal cortex. *J Cogn neurosci*. 2003; 15.
52. Bar-On R, Tranel D, Denburg N, Bechara A. Exploring the neurological substrate of emotional and social intelligence. *Brain*. 2003; 126(8).
53. Tillería Aqueveque L. La filosofía de la mente de Jerry Fodor. *Sophia, Colección de Filosofía de la Educación*. 2021; 30: p. 155-177.
54. Higuera Esteban C. La teoría del afecto de Silvan Tomkins para el psicoanálisis y la psicoterapia. *Aperturas ´psicoanalíticas*. 2020; 63.
55. Panksepp J. *Affective Neuroscience: the foundations of human and animal emotions*. 1st ed. New York: Oxford university Press; 1998.
56. Arispe C, Yace Martinez Y, Diaz Narvaez V, Calzadilla Nuñez A, Uslam R, Reyes A. Empatía y componentes de la empatía en estudiantes de obstetricia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2020;(19).
57. Fernandez Franco, M. La complejidad en la relacion medico paciente. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el conocimiento*. 2017; 3(1).
58. Trujano Rea. Interacción médico paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *Liberabit*. 2011; 17(2).
59. Bellon Saamenio J, Martinez Cabanaite T. La investigación en comunicación y salud. Perspectiva nacional e internacional desde el análisis bibliométrico. *Atención Primaria*. 2001; 27(7).
60. Rao Java Kea. Las consultas de comunicacion marcan la diferencia en las conversaciones entre médicos y pacientes: una revisión sistemática de la evidencia. *Atención Médica*. 2007; 45(4).
61. Lazaro J, Gracia D. La relacion medico enfermo a traves de la historia. *An.Sist. Sanit. Navar*. 2006; 29(3).

62. Celedon C. Relacion medico paciente. Rev. ORL Cir. Cabeza cuello. 2016; 76(1).
63. Rodriguez Rivero L. La clinica y su metodo. reflexiones sobre dos epocas La Habana: Editorial ciencias Medicas; 2013.
64. Ramiro H, Cruz E. Empatía, relación médico paciente y medicina basada en evidencias. Med. Int. Mex.. 2017; 28.
65. Ruiz Moral R, Alvarez Montero S. La interfaz comunicación clínica-ética clínica: implicaciones para la educación médica. Educación Médica. 2017; 18(2).
66. Cuba S, Campuzzano J. Explorando al salud , la dolencia y la enfermedad. Rev. Med. Hered. 2017; 28.
67. Yélamos C, et.al. Experiencia del paciente: una nueva forma de entender al paciente oncológico. Psicooncología. 2018.
68. Sosa Rosales C, Gomez Padron M, Senra Piedra G, castro Arca A. La relación médico paciente en internet Un nuevo dilema bioético? Bioética. 2007; 3.
69. Alonso M, Kraftchenko.O. Educación Médica Superior. [Online]; 2012. Acceso 4 de 11 de 2018. Disponible en: <http://www.riepel.org/deloslectores819Acosta.PDF>.
70. Calderon Benavidez M. La relación médico paciente: la base bioética de la experiencia ante el cáncer. Rev. Conamed. 2019; 4(1).
71. Sanchez Arrastia D CO. La relación médico paciente y su inclusión en la práctica médica. Rev. Cubana Med. 2014; 43(4).
72. Ruiz Moral R. Comunicación Clínica: principios y habilidades para la práctica Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
73. Gunson D. Solidarity and the universal declaration on Bioethics. JMed Philos. 2009; 34.

74. Miranda G. Que bioetica queremos? Cuadernos de Bioetica. 1994;; p. 49-62.
75. Pazzinatto MM. La relacion medico paciente en la perspectiva de la Recomendacion CFM 1/2016. Revista bioetica. 2019; 27(2).
76. Ceriani Cernadas J. Podremos los médicos recuperar la empatía con los pacientes, que tanto supimos tener? Arch Argent Pediatr. 2020; 118(5).
77. Rabadan A. Desafíos bioéticos en neurociencias del siglo XXI. El presente y el futuro. 1st ed. Buenos Aires: Journal; 2022.
78. Schurger A, Pengbo B, Pak J, Roskies A. What is the Readness Potential? Trends in Cognitive Science. 2021; 25(7).
79. Bechara A, Damasio H, Tranel D, Damasio A. The Iowa Gambling Task and the somatic marker hypothesis. some questions and answers. Trends in Cognitive Sciences. 2005; 9(4).
80. OPS. Planificación e implantación de servicios de cuidados paliativos: Guía para directoresde programa. Washington , D.C.: Organización Panamericana de la Salud.CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
81. Sanz J. Problemática del paciente en situación terminal. En Díaz Rubio E. Avances en Oncología I. Madrid: Aran; 1988. p. 83-98.
82. Dolto F. El Evangelio ante el psicoanálisis Delargue JP, editor. Paris: Ediciones Cristiandad; 1978.
83. Fransisco. Carta Samaritanus Bonus. En: Congregación para la Doctrina de la fe; 2020
84. Revello R. Bioética, la verdad que busca el bien Buenos Aires: EDUCA; 2011.
85. De Souza Minayo MC. La artesanía de la investigación cualitativa. 1st ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.

86. Ruiz J. Metodología de la investigación cualitativa Bilbao: Univesidad Deusto; 2003.
87. Salamanca A, Martin Crespo C. El diseño en la investigación cualitativa. Nure Investigacion. 2007;(26).
88. Charmaz K. Construyendo una Teoria Fundamentada. Una guía práctica para el análisis cualitativo CA: Thousand Oaks; 2006.
89. Glasser B y Strauss A. El desarrollo de la teoria fundamentada Chicago, Illinois: Aldine; 1967.
90. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa Madrid: Ediciones Morata y Fundación Paideia Galiza; 2004.
91. Aguilar Fleitas B. Dolor y sufrimiento en medicina. Revista uruguaya de cardiología. 2016; 31(1).
92. Navarro R. Sufrimiento, silencio y sabiduría. RIBET. 2019; XV(29).
93. Fenili RM, Takase Goncalves L, Azevedo dos Santos S. El dolor y el sufrimiento: una conexión entre el pensar filosofico y el espiritual. Enfermería Global. 2006; 5(2).
94. Zamora Marín R. La enfermedad y el sentido del sufrimiento. Revista Cubana de Salud Pública. 2009; 35(1).
95. Lesho E. Cuando el espíritu duele: una aproximación al paciente que sufre. Arch Intern Med. 2003; 163(20): p. 2429-2432.
96. Corona Martinez L. Algunas consideraciones sobre la toma de decisiones en el campo de la asistencia médica. Medisur. 2005; 3(2): p. 28-30.
97. Mercado C. Dilemas bioéticos en geriatría: toma de decisiones médicas. Acta Bioethica. 2001; VII(1).

98. Fernandez Huerga E. La motivación en la toma de decisiones: una concepción alternativa. Revista de ciencias sociales. 2012; XVIII(1): p. 41-57.
99. Significados.com. [Online]; 2019. Acceso 14 de 3de 2022. Disponible en: <https://www.significados.com/5-caracteristicas-de-la-empatia-que-sonejemplo->.
100. Levy J, Goldstein A, Feldman R. Nature communications. [Online]. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41467-019-09927-y>.
101. Fros Campelo F. Los programas del cerebro: Una retroalimentación histórica entre la sociedad y el funcionamiento de nuestra mente. En: XII CNTI: La informática, punto de inflexión del siglo XXI Buenos Aires; 2020 p. 37-53.
102. Arispe Alburquerque C, J YM, Díaz Narvaez CNA, R U, Reyes A. Revista Habanera de Ciencias Médicas. [Online]; 2020. Acceso 5 de abril de 2022. Disponible en: <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2531>.
103. Pellegrino E, Thomasma D. Las virtudes en la práctica médica. Primera ed. Madrid: Editorial UFV; 2019.
104. Vanguardia Edien. La vanguardia.com/ciencia y cuerpo humano. [Online]; 2017. Acceso 18 de 5de 2022. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/ciencia/cuerpo-humano/20170609/423288753096/mapa-cerebral-empatia.html>.
105. Revello R. El sentido del sufrimiento. En: VI Encuentro Internacional sobre gerenciamiento de salud Roma, Ciudad del Vaticano; 2022
106. Moore B. Matar en nombre de: una muerte misericordiosa? Bioethics. 2022; 36(6): p. 613-620.

ANEXO

Preguntas de la entrevista semiestructurada

Empatía in genere

Si tuviera que definir con sus palabras qué es empatía, ¿ cómo la definiría?

¿Le parece relevante el concepto en la práctica médica?

¿Suele ponerse en el lugar de su paciente?

¿Qué opina de ponerse en el lugar del otro?

¿Considera usted que existen ventajas en el hecho de ser empático? Por qué?

¿Podría darme algún ejemplo dentro de su práctica en donde usted considera que actuó empáticamente con su paciente?

Teoría de las relaciones objetales

¿Repara usted en gestos, expresiones o algún otro comportamiento no verbal, cuando entrevista a sus pacientes?

¿Toma registro de estos comportamientos?

¿Piensa que la percepción del dolor ajeno constituye parte de la relación médico paciente?

Contratransferencia

¿Cómo gestiona las emociones, si se generan, en la atención de sus pacientes?

¿Cómo gestiona el malestar /dolor/tristeza de su paciente?

¿Se ha visto usted en situaciones en donde tuvo que enfrentarse con pacientes en estado terminal?

¿Recuerda usted qué hizo o dijo en esas situaciones?

¿Qué piensa frente a su paciente en etapa terminal de enfermedad?

¿Qué siente frente a su paciente en situación de enfermedad terminal?

Sufrimiento en situaciones terminales

En su experiencia, ¿piensa que es posible determinar la intensidad del sufrimiento psíquico y emocional del paciente?

¿Con qué frecuencia aparece de un modo manifiesto este sufrimiento psíquico y emocional en las fases avanzadas de la enfermedad?

¿Cómo se lo han expresado sus pacientes? Le sucedió de advertirlo antes de que le dijera la persona algo al respecto?

¿En su experiencia, puede hablar de estas cuestiones con su paciente?

¿En su experiencia, le sucedió que un paciente rechazara el tratamiento ofrecido en fases avanzadas de la enfermedad?

Eutanasia

¿Le han pedido la eutanasia en forma explícita?

¿Cuántas veces le ha sucedido que le solicitaran la eutanasia de un modo explícito?

En el caso de que las anteriores fueran afirmativas, ¿cuál ha sido su rta a estos pedidos?

¿Cómo lo hace sentir esta situación? ¿Puede expresarse libremente al respecto?

Informe de códigos

Todos los (313) códigos

COMUNICACIÓN MÉDICO PACIENTE

Atención al paciente

Codificación inicial / RMP

Atención al paciente: Preocupación por la calidad de atención médica

 1:1 ¶ 2 Adriana

¿El medico que me dirigía en la residencia tenía un manual viejo, tanto? Yo tengo el de cuando me recibí, y yo pensé, pobres tus pacientes, porque tantos años en el ejercicio de la medicina , muchos habrán necesitado más de los que les ofreció nos tenemos que replantear porque somos médicos, para que somos médicos, y que no somos los dueños de la medicina, yo lo que escucho que la interdisciplina es genial, desde ahí hay que repensar nuestro actuar en la salud, como equipo interdisciplinario teniendo como meta , que aquel que va a morir no muera sufriendo, porque hay muchas cosas que podemos hacer, y es lamentable que no lo hagamos , no es riesgoso, además es barato, es pensarlo , y cambiar nuestra mirada, desde donde vamos a cuidar la salud. Saber que nosotros también vamos a morir, pensar como nos gustaría que eso nos pase y tratar de dárselo a los demás también, por ue le voy a ofrecer a alguien una muerte en terapia intensiva, invadido, si yo para mí no quiero eso, desde lo filosófico, repensar el ejercicio de la medicina, es mucho laburo,

Atención al paciente: Derecho del paciente

 4:2 ¶ 2 Antonio

Los CP inicialmente se aplicaban en oncología, yo en el hospital trato de aplicarlo cada vez más a la geriatría, argentina es el segundo país de Sudamérica más envejecido, no tenemos infraestructura, estructura económica, políticas de intervención para la población envejecida que tenemos, por eso es fundamental aplicar los CP en todos los procesos neurodegenerativas, procesos patológicos o fisiológico también, las demencias superan estadísticamente al cáncer. ¿Cada vez se vive más, pero cada vez se vive mejor? Quiero mencionar dos aspectos fundamentales de los CP, es muy enriquecedor en lo espiritual, en lo moral y en lo ético, y en lo legal. CP trabaja de la mano del derecho ley 26742, art 11 , ley del Derecho del paciente , HC y CI , las directivas anticipadas en el art 11, hay cuatro principios bioéticos, autonomía es respetar la decisión del paciente por sobre todas las cosas siempre y cuando no impliquen practicas eutanásicas, por eso , hay que trabajar muchísimo con las directivas anticipadas, respetar la decisión del enfermo y en base a eso programar sus últimos días de vida; el otro tema la eutanasia, da para días de debate. ¿Alguien desea morir mal? No, desde el pto de vista etimológico, estamos muy bien, ahora está la ley mal llamada, ley de muerte digna, donde el

espíritu es acompañar sin adelantar ni retrasar. Acompañar, hay que recordar que cuando uno jura el JH, si lo leemos, dice a nadie daré una droga para terminar con su vida o consejos para tal fin.

Atención al paciente: Atención al paciente y calidad de vida



7:3 ¶ 4 Eduardo

¿Ejemplos? Recuerdo dos pacientes...algunos nos marcan el tiempo. Otros tienen tratamientos específicos, les preocupa la falta de autocontrol, la pérdida de autonomía, a veces preocupan cosas no relevantes y el paciente se queda a la espera. Hacerles cosas a los pacientes, probar y probar alternativas alarga las cosas, el paciente comienza a quejarse por no tener una vida plena. Es muy importante el equipo multidisciplinario que toquen todos los palos de la baraja. Para mí es importante ofrecerle al paciente las herramientas: la mejora de la calidad de vida, lograr su autonomía, pero a veces hay que contar con recursos, por ejemplo, los respiradores, sería la instrumentación para mantener al enfermo, la otra controlar el entorno, tener acceso a los tratamientos en red con el hospital de alta complejidad, para que todos estamos al tanto del progreso o de la evolución del tratamiento. Estar bien comunicados; con el paciente, con la familia, indispensable, entre nosotros, con el equipo. También incluiría con que movilidad contamos: todos, el paciente, la flia, el hospital, a veces hay que pedir ayuda para trasladar al paciente y no hay móvil, el cruce no te envía el suyo, no se dispone, estamos solos ahí. Y los gastos también nos afecta. Y ahí intervienen las políticas de salud.

Atención al paciente: Humanización del paciente



15:3 ¶ 3 Nicolás

Enfrentar eso... ahora reformulo mi respuesta primera, yo creo que tener una visión más amplia del paciente, preguntarme por las condiciones materiales de existencia en un paciente, al indicar una terapéutica, revisar que posibilidades concretas tiene el paciente y la familia de poder llevarla a cabo, y a veces eso es ponerse en su lugar, poder tener en cuenta su punto de vista, La percepción del dolor ajeno es parte de la relación médico paciente, somos testigos del sufrimiento, en el área de interconsulta hay cosas que los médicos no pueden escuchar, algo se escapa del alcance de la técnica, y toca el dolor o la tristeza, a mí me ha pasado, muchas veces me embarga la tristeza y es claramente observable que debo estar atento para no arruinar el trabajo con el paciente, hay que hacer una apuesta de poder visibilizar que el paciente es mucho más que un órgano y poder ver un poco más allá, de las cuestiones físicas, biológicas. Como gestionar la tristeza? Un montón de maneras, a través de la propia angustia, muchas veces el ensañamiento terapéutico con la idea de curar o salvar la vida a toda costa, salvar al paciente, no ver que no se puede...a cualquier precio no. La posición del médico suele medir o percibir el sufrimiento psíquico, pero tantas veces sabemos que no tenemos las herramientas, si hay un equipo de salud mental es mejor acudir por ayuda. La respuesta al pedido de eutanasia es no.

Atención al paciente: Comunicación médico-paciente



8:2 ¶ 3 Eugenio

En la sala yo los conozco a todos. Ya sé qué tipo de patologías tienen y como médico clínico estoy atento a esas circunstancias. Sé que la falta de trabajo hace estrés, aumenta la presión arterial, se enferman por diabetes... Son circunstancias que uno ve diario y ya sabe cómo hacer un diagnóstico sin necesidad de pedir un laboratorio o un examen complementario, porque muchas veces no es cómodo solicitar una resonancia magnética o una radiografía. Entonces uno se basa mucho en la clínica en base a la sintomatología, porque los maestros siempre nos enseñaron que la mayor herramienta que tenemos es el estetoscopio, son las manos, los ojos, el observar, el charlar con el paciente. Porque el paciente no solo viene cuando se enfermó por algo, sino que a veces la misma enfermedad es producida por la soledad, el no tener con quien conversar, con quien descargar las tensiones, los miedos, las preocupaciones. Entonces cuando el paciente llega a la consulta no solo se encuentra con un médico, sino también con un amigo o alguien que conoce de su vida y trata de resolverle el problema de la mejor manera.



9:8 ¶ 7 Fernando

Levante la guardia cuando pienso en Dios, levantar el corazón, nunca había decaído así, te sirve no negar, pero es mejor si te interesa hacer un servicio, si te informas cómo hacer para mejorar, si podés ofrecer algo distinto. A veces les digo de rezar el rosario y se les pasa. Son herramientas útiles...poderosas. Eso me hace bien a mí también, es una experiencia de vida, puede aplicar para consolar a mi paciente. Cuando podar iba con el celular y hacíamos todo por la camarita, la unción con el cura guiando, los familiares, las conversaciones, en el tiempo de los aislados sirvió de mucho, las rtas eran positivas, las familias a veces no entienden y ahí hay que acordar, te preguntan, que me dice, a pesar del momento limite, a veces eso hace de empujón. Rechazar un tratamiento, más bien piden no maniobras invasivas, no avanzar, no le prolonguemos la agonía. Si tiene cáncer avanzado no hay que avanzar, hay que dejarlo, pasar a paliativos. Frente a enfermedades respiratorias, a veces hay que informar que no conviene avanzar. Distinto a decir eutanasia. Una vez que lo pusiste no se lo retira, solo ante la muerte cerebral, después de. La gente pide eutanasia porque no sabe que no se puede hacer. Nosotros no hacemos eso. Aclaremos y listo, explicamos que hay que esperar, que eso no se hace, hubo pacientes que surgió la duda en la familia. Lo aclaramos, no tenemos diferencias, coincidimos en que no. algún inescrupuloso que lo haga, yo no lo he visto aquí. Sería salir de las normas.



13:3 ¶ 3 Maribel

Situacion vida o muerte, me pasó una viejita, cuya familia no quería métodos invasivos, la señora no podía emitir ninguna palabra, el trabajo de acompañamiento era con la familia, esa familia, pese a seguir su voluntad de la señora, la culpa los siguió durante toda la internación de la señora, hasta que la paciente falleció. Acompañar a la familia es relevante. La situación de etapa terminal, la realidad es la evaluación del paciente, si puede dar cuenta de cómo lo quiere transitar esos últimos

momentos de la vida, determinar alguna escala para medir el sufrimiento psíquico, probablemente exista y la tendría que buscar, sí me pasa a mí en la práctica diaria , después de un tiempo en este servicio, uno se da cuenta cuando el familiar simula, lo que te da el terreno es que te puedes dar cuenta por la mirada por los gestos , todo, incluso una persona quebrada en llanto puede estar simulando, obviamente de todo se deja registro y las impresiones que uno tiene, pero es difícil cuando el profesional no tiene tanta experiencia es como que invierte u tiempo que realmente en definitiva sé que no va a llegar a nada esa intervención, porque el paciente o la familia ya decidió.

Atención al paciente: Atención sanitaria



17:5 ¶ 5 Patricia

Otra intervención es la fase final, el paciente ha perdido funcionalidad, la diferencia son los objetivos, al principio apostar por la supervivencia, la capacidad de relacionarse, la capacidad de autocuidados, de comer, el bienestar el confort. En el final solo preocupa el bienestar, no la funcionalidad. La importancia es saber cómo trabajamos tomando las mínimas decisiones enfocadas todas en cómo aliviar, preguntando, consultando, trabajando en equipo para establecer cómo intervenir.

Atención al paciente: Comunicación entre equipo, paciente y familiares



7:3 ¶ 4 Eduardo

¿Ejemplos? Recuerdo dos pacientes...algunos nos marcan el tiempo. Otros tienen tratamientos específicos, les preocupa la falta de autocontrol, la pérdida de autonomía, a veces preocupan cosas no relevantes y el paciente se queda a la espera. Hacerles cosas a los pacientes, probar y probar alternativas alarga las cosas, el paciente comienza a quejarse por no tener una vida plena. Es muy importante el equipo multidisciplinario que toquen todos los palos de la baraja. Para mí es importante ofrecerle al paciente las herramientas: la mejora de la calidad de vida, lograr su autonomía, pero a veces hay que contar con recursos, por ejemplo, los respiradores, sería la instrumentación para mantener al enfermo, la otra controlar el entorno, tener acceso a los tratamientos en red con el hospital de alta complejidad, para que todos estamos al tanto del progreso o de la evolución del tratamiento. Estar bien comunicados; con el paciente, con la familia, indispensable, entre nosotros, con el equipo. También incluiría con que movilidad contamos: todos, el paciente, la flia, el hospital, a veces hay que pedir ayuda para trasladar al paciente y no hay móvil, el cruce no te envía el suyo, no se dispone, estamos solos ahí. Y los gastos también nos afecta. Y ahí intervienen las políticas de salud.

Atención al paciente: Confianza del paciente



17:6 ¶ 6 Patricia

Digo que no y listo. No explico mucho. No es legal la eutanasia, y ayudar a que se termine, sería pensar en colaborar a eso, pero de forma solapada, sabemos que hay quienes adhieren. Yo no, prefiero tener en cuenta la muerte como un proceso natural, digo siempre que trabajemos para

ensanchar la vida, no adelantar no retrasar la muerte. Usar las herramientas justas. Para mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, son un bloque. En estas situaciones es una gran ventaja cuando la atención es temprana, claro, me refiero a que el paciente tenga la oportunidad de que la derivación todavía permita mejorar, hablamos de las posibilidades de la supervivencia, ganamos su confianza lo preparamos para el deterioro.

Atención al paciente: Comunicación profesional-paciente

 15:4 ¶ 3 Nicolás

Se puede hablar libremente, pero hay mucho por aclarar al respecto, las situaciones de muerte abundan y la empatía no debe abrumar. En primer lugar hay que escuchar que es lo que está pasando con el equipo médico en su conjunto, también por supuesto con el paciente y su familia, los abordajes no pueden ser individualizados, deben contemplar un equipo tratante y un paciente en su entorno. Son el eje de la decisión. Evaluar sus condiciones psíquicas, que no tenga patología que le produzca pérdida del juicio, que esté en condiciones de decidir, que decida desde la lucidez, que sus decisiones no vayan en contra de salvar su vida o de querer perderla. Trabajar con la propia frustración medica al no poder hacer eso para lo cual hemos sido formados, que es salvar vidas. No hay ley por suerte y eso nos pone a salvo. El compromiso es altísimo. Si es ilegal ya respondimos creo.

Atención al paciente: Preocupación por el bienestar del paciente

 17:7 ¶ 7 Patricia

Tenemos pegado en el servicio un cartel del sufrimiento, miren eso cada día les decimos a los residentes, y recuerden que no pueden dejar a otros la atención del paciente que sufre, son ustedes mismos, aunque llamen al psicólogo, son ustedes porque el paciente los ve a ustedes, así que nos miran medio escépticos al inicio, hasta que se empapan de la realidad de nuestra sala y se enganchan al ritmo. Los ves que se emocionan, que a ellos también les duele... cópiate la frase, la trajo Pedro... Sufrir es un estado específico de distress que ocurre cuando se percibe una destrucción eminente del individuo y continua hasta que la amenaza de desintegración ha pasado o hasta que la integridad de la persona pueda ser restablecida de otra manera.

Atención al paciente: Paciente y familia

 15:4 ¶ 3 Nicolás

Se puede hablar libremente, pero hay mucho por aclarar al respecto, las situaciones de muerte abundan y la empatía no debe abrumar. En primer lugar hay que escuchar que es lo que está pasando con el equipo médico en su conjunto, también por supuesto con el paciente y su familia, los abordajes no pueden ser individualizados, deben contemplar un equipo tratante y un paciente en su entorno. Son el eje de la decisión. Evaluar sus condiciones psíquicas, que no tenga patología que le produzca pérdida del juicio, que esté en condiciones de decidir, que decida desde la lucidez, que sus decisiones no vayan en contra de salvar su vida o de querer perderla. Trabajar con la propia frustración medica al

no poder hacer eso para lo cual hemos sido formados, que es salvar vidas. No hay ley por suerte y eso nos pone a salvo. El compromiso es altísimo. Si es ilegal ya respondimos creo.

Atención al paciente: Atención integral al paciente

 8:2 ¶ 3 Eugenio

En la sala yo los conozco a todos. Ya sé qué tipo de patologías tienen y como médico clínico estoy atento a esas circunstancias. Sé que la falta de trabajo hace estrés, aumenta la presión arterial, se enferman por diabetes... Son circunstancias que uno ve diario y ya sabe cómo hacer un diagnóstico sin necesidad de pedir un laboratorio o un examen complementario, porque muchas veces no es cómodo solicitar una resonancia magnética o una radiografía. Entonces uno se basa mucho en la clínica en base a la sintomatología, porque los maestros siempre nos enseñaron que la mayor herramienta que tenemos es el estetoscopio, son las manos, los ojos, el observar, el charlar con el paciente. Porque el paciente no solo viene cuando se enfermó por algo, sino que a veces la misma enfermedad es producida por la soledad, el no tener con quien conversar, con quien descargar las tensiones, los miedos, las preocupaciones. Entonces cuando el paciente llega a la consulta no solo se encuentra con un médico, sino también con un amigo o alguien que conoce de su vida y trata de resolverle el problema de la mejor manera.

 17:1 ¶ 2 Patricia

Me enfrento día a día con el sufrimiento del paciente. No podría hacerlo si no fuera empática, es ponerse en sus zapatos. Mi intención en la práctica de todos los días es poder dar visibilidad a los cuidados en el final de vida. No todo el mundo sabe que son, por ejemplo, los cuidados paliativos. Hay muchas cosas que hacer con los pacientes para aliviarlos, estamos capacitados para que la tarea se realice bien, con todo el esmero, con toda profesionalidad, es cierto que hay muchos obstáculos, pero creo que nuestra vocación nos hace avanzar. Otro de los objetivos para atender con empatía es que nos encargamos del sufrimiento. Busco los modos de abordar la enfermedad avanzada, que comienza desde el primer momento y cuando se complica comenzamos en el equipo interdisciplinario, todos deberían saber cómo tratar a nuestros pacientes, no solo nosotros. Coordinar con los demás, estar atendido en todos los aspectos. Atendemos pacientes que sufren enfermedades oncológicas, insuficiencia cardiaca, respiratoria, renal, demencias, etc.

Atención al paciente: Calidad de atención

 14:1 ¶ 3 Mario

Situación de trasplante, los lugares tienen una idiosincrasia, no es lo mismo atender en la pcia que en caba, me quiero llevar esa impresión de cada lugar donde estoy. A veces vemos gente que se tiene que trasladar porque no le resulta fácil, y es por la calidad de la atención, cuando planteamos temas como el fin de vida, no es para todos lo mismo, a veces se hace una propaganda de la situación que me parece que tenemos que hilar mucho más profundo, lo que se implementa como ley o como

moda, en medicina lo que hoy va a misa, mañana está en cuestionamiento, nuestro trabajo es cuestionar todo el tiempo nuestras acciones. Y si podemos tomar estas decisiones junto al paciente.

Atención al paciente: Respeto a la autonomía del paciente

 13:4 ¶ 3 Maribel

Eso me pasa a mí, en mi experiencia, hace 10 años no podría haber dicho esto ... Cuando rechaza el tratamiento, preguntarle por qué , siempre hay que ir por el paciente , hay veces que se cansa, en lo personal me pasó, una paciente tenía la bisabuela muy grande, estaba demenciada internada en paliativos, al tercer día de una de las ultimas internaciones, la mira y le dice Y a estoy cansada vieja, el paciente se cansa, hay que saber respetar y saber comprender, la empatía es eso, comprender lo que le pasa al otro y también acompañar a la familia a que comprenda eso, a veces, el paciente dice basta pero la familia no escucha o impone su voluntad, no acepta ese basta, entender que del otro lado hay una persona; si pide morir, la situación ideal sería no tener que responderle, mi postura choca, en esto de respetar lo que quiere el paciente yo tengo que , bueno, medir las consecuencias, ver la realidad de la situación, a mí me pasa que yo necesito dar hasta lo último para que ese paciente llegue al final de su vida, colaborar con eso es respetar su deseo y yo tengo que dejar lo que a mí me suceda aparte, pero no significa avanzar en la eutanasia, no sé si fui clara...el acto médico debe ir separado de la cuestión subjetiva de decidir morir, no somos quienes ayudamos a eso, a morir.

Atención al paciente: Relación médico-paciente

 10:23 ¶ 6 Juan Carlos

Sufrimiento psíquico no es posible determinar porque los pacientes no se expresan tanto, no abren su dilema, es difícil está relacionado con lo cultural, que cuenta que dice de lo que piensa y siente, y se quedan siempre en lo fundamental, si tienen un cierto nivel de estudio podrías profundizar y vislumbrar. Rechazar el tratamiento, suele pasar y eso es adherencia, no vuelven. no quieren luchar más, ya saben que se terminó, lo rechazan porque claudican, los factores que lo rodean, variables multicausales de la adherencia, lo dejan sin perspectiva, sin largo o mediano plazo y se dice para que voy a seguir haciendo? Me han pedido la eutanasia, unas 7 o 10 veces, la Rta siempre fue clara, que no. No hay legislación para eso. Una mujer me pido que lo desconecte, sra yo no soy quién para decidir sobre la vida de los demás, si quiere hágalo ud, ud podría' y la mujer fue y lo desconecto. La miré y lo volví a conectar y le dije: no es así. No se puede hacer esto. Lo piden los familiares, los pacientes no lo piden, no me ha pasado, siempre son quienes lo rodean, A quienes es hablar con la familia, hay que hablar con la familia. Con el entorno y explicar, transmitir, enseñar. empatía con el familiar también. ¿Piden desconectarse porque saben que ya no hay más nada y no creen y si se va a morir para que voy a seguir haciendo? Pretender abreviar, no prolongar la agonía. El Dr. le contesta que no, Nosotros luchamos para salvar vidas.

 14:1 ¶ 2 Mario

Situación de trasplante, los lugares tienen una idiosincrasia, no es lo mismo atender en la pcia que en caba, me quiero llevar esa impresión de cada lugar donde estoy. A veces vemos gente que se tiene que trasladar porque no le resulta fácil, y es por la calidad de la atención, cuando planteamos temas como el fin de vida, no es para todos lo mismo, a veces se hace una propaganda de la situación que me parece que tenemos que hilar mucho más profundo, lo que se implementa como ley o como moda, en medicina lo que hoy va a misa, mañana está en cuestionamiento, nuestro trabajo es cuestionar todo el tiempo nuestras acciones. Y si podemos tomar estas decisiones junto al paciente.



19:11 ¶ 2 Raúl

...Empatía... no se dice con exactitud. Estar parado frente a una situación, como actuar, estar convencido, tener simpatía por el otro. Empatía y decisión al trabajar, conforme con una situación. Es relevante para la práctica, no sé qué sería para el otro, no uso con frecuencia el término. Sentir como lo sentiría el otro. Saber cómo sentiría ante una situación determinada. La práctica médica es diferente según el paciente, es amplio pensar en qué situación está un clínico, un terapeuta, un pediatra. Trabajo en privado, y suelo ponerme en el lugar del paciente, por ejemplo cuando se trata de un chico muy joven en donde el revuelo es siempre muy muy grande, con la familia, distinto que cuando es un viejito por ej. uno asiste a todos los pacientes igual pero no es lo mismo asistir a un paciente de 20 años que a uno de 90. Estas distinto frente a la muerte Eso te para distinto. La diferencia es la perspectiva de la calidad de vida que lo espera a la salida de la situación crítica, o en la fase terminal de la enfermedad. Te pones en el lugar del que la expectativa de vida es más favorable. No podemos implicarnos. Porque después que te vas del hospital tu vida debe continuar, no podrías vivir tu vida si te implicas. Si buscas un vínculo, la relación con el paciente es muy limitada. Lo vas a ver poco, casi no habla, lo ves pocas veces aun si haces guardia, en su vida solo será el poco tiempo que tenemos para verlo y atenderlo. ¿Que nos pasa?



19:14 ¶ 4 Raúl

Algún caso aislado, que la flia solicita que no lo pasen a terapia. La rta es nosotros no le sacamos el respirador a nadie. Lo que hacemos es medir si el tratamiento es el adecuado, si no se excede. ¿CÓmodo con el tema? Sin problemas. No nos afecta. No me dice nada. Ni cómodo ni incomodo, no me dice nada. No me afecta que me lo pidan. Especialidad: probé y me gustó. En el examen de la residencia. No estaba muy convencido. No sabía que iba a ser terapeuta. Surgido al terminar la facultad y me preguntaba para que especialidad eligiese. La decisión no se dice. No soy pediatra porque no puedo escuchar a chicos llorar. Trabajar en final de vida es crítico, pero llevar bolsas en el puerto también es crítico y duro. Yo no soy el dueño de la vida de los pacientes, dando informes... yo me voy a casa y lo único que tengo que hacer, me voy tranquilo, a veces me preocupo de que no evoluciona, que no se el diagnóstico, pero si no les mentí, si les dije la verdad, si hice todo lo que se podía. Todos decidimos hacer una medida, y se hizo, este es mi laburo, Lo hice que me pareció que tenía que brindar al paciente. Yo no tengo la culpa. Es difícil, pero es mi función. Uno está más en contacto con la muerte que el resto. Nadie le da bola al médico. Acá en todo el invierno no hay agua caliente, hay mucha decadencia en el hospital público el tarto al médico. Mirar al médico no estaría mal. Estamos solos. Nadie se interesa por nosotros. La relación MP. es muy limitada.

Atención al paciente: Respeto a la voluntad del paciente



13:5 ¶ 3 Maribel

Si me pide que le dé algo que me mate, una inyección, algo, cortarle el soporte, con respecto a la sedación, no es lo mismo que eutanasia, organizar el acto, no sé, la pregunta es qué hay que hacer...la vida del paciente a veces explica por qué no quiere seguir, colaborar para respetar su voluntad no puede dejar de lado mi creencia. A la eutanasia no habría que ir, me encuentro con la realidad, en el camino de la empatía, me puedo encontrar con esa dificultad para decidir plenamente, podría estar teñido. Ahora es tan habitual, que cada vez cuesta menos hablar de eso, ya hemos crecido al respecto, aprendimos a respetar que a lo mejor no tiene más ganas. Separar como el profesional medico no debe teñir con su subjetividad, la decisión. Como acompañar en el final de vida es igual a todo momento. No es posible mirarlo desde la vida propia, la limitación en la argentina para avanzar es la ley.

Atención al paciente: Cuidado del médico



15:3 ¶ 3 Nicolás

Enfrentar eso... ahora reformulo mi respuesta primera, yo creo que tener una visión más amplia del paciente , preguntarme por las condiciones materiales de existencia en un paciente, al indicar una terapéutica, revisar que posibilidades concretas tiene el paciente y la familia de poder llevarla a cabo, y a veces eso es ponerse en su lugar, poder tener en cuenta su punto de vista, La percepción del dolor ajeno es parte de la relación médico paciente, somos testigos del sufrimiento, en el área de interconsulta hay cosas que los médicos no pueden escuchar, algo se escapa del alcance de la técnica, y toca el dolor o la tristeza, a mí me ha pasado, muchas veces me embarga la tristeza y es claramente observable que debo estar atento para no arruinar el trabajo con el paciente , hay que hacer una apuesta de poder visibilizar que el paciente es mucho más que un órgano y poder ver un poco más allá, de las cuestiones físicas, biológicas. Como gestionar la tristeza? Un montón de maneras, a través de la propia angustia, muchas veces el ensañamiento terapéutico con la idea de curar o salvar la vida a toda costa, salvar al paciente, no ver que no se puede...a cualquier precio no. La posición del médico suele medir o percibir el sufrimiento psíquico, pero tantas veces sabemos que no tenemos las herramientas, si hay un equipo de salud mental es mejor acudir por ayuda. La respuesta al pedido de eutanasia es no.

Atención al paciente: Cuidado del paciente



8:1 ¶ 2 Eugenio

Tener empatía es muy importante para poder atender bien a los pacientes. Es la forma de entablar una buena relación médico paciente. Y eso es importante porque a partir de ahí salen los éxitos o los fracasos en el tratamiento. Que el paciente confíe, que se quiera quedar en el hospital, que cumpla las indicaciones, va a depender de como yo lo trate, y para eso si no me pongo en su lugar, corro el riesgo de dar puras indicaciones como si fueran ordenes, A veces es importante dar órdenes,

pero la mayoría de las veces la indicación debe consensuarse, así sale mejor. Si es un sentimiento, sería la tristeza. Me apena pensar que se sienten desamparados. Quisiera remediarles esa sensación y hago lo mejor posible mientras estoy en la sala para que eso no ocurra, entonces es hablar, preguntarles, llamarlos si duermen, recordarles cosas, y así, como si fuera un familiar.

 20:5 ¶ 4 Rubén

Hacemos casi el 90% de la atención en el hospital, en quienes necesitan estar internados por algún motivo. No tenemos mucha dificultad, salvo algunos casos en el desplazamiento y, cuando no hay movilidad hospitalaria, yo iría en mi propio auto, pero no es posible, el altruismo tiene ese límite, no dejamos el lugar de trabajo, porque estaríamos desatendiendo a los demás pacientes, cuando te vinculas así tan personal con el paciente, te puede pasar que te olvides que hay otros también esperando ser atendidos, que es a todos. Para estas personas compartir con nosotros su situación la historia de su familia, de su enfermedad, de sus hijos, su trabajo es muy enriquecedor y para nosotros es muy gratificante ver lo que significa para ellos que uno pueda escuchar atento y tener en cuenta los detalles para cuando toca tomar decisiones. Cuando un paciente muere y después de un tiempito la familia vuelve a hablarnos, a agradecer a veces, a contar como quedaron las cosas, el duelo es compartido, son momentos de mucha emotividad y comprensión de lo que significó para esa familia que el paciente transitara sus últimos días en el hospital y que nosotros lo hayamos ayudado a sentirse acompañado en esos últimos momentos, o que hayamos buscado la mejor manera de confort, o de bienestar, para morir. Triste. Es muy triste. Pero salimos...si sos empático, te sucede así, porque te involucraste. Yo creo que es mejor, lo prefiero a que sea una máquina de atender gente y no sepas quienes son.

Atención al paciente: Relación con el paciente

 20:5 ¶ 4 Rubén

Hacemos casi el 90% de la atención en el hospital, en quienes necesitan estar internados por algún motivo. No tenemos mucha dificultad, salvo algunos casos en el desplazamiento y, cuando no hay movilidad hospitalaria, yo iría en mi propio auto, pero no es posible, el altruismo tiene ese límite, no dejamos el lugar de trabajo, porque estaríamos desatendiendo a los demás pacientes, cuando te vinculas así tan personal con el paciente, te puede pasar que te olvides que hay otros también esperando ser atendidos, que es a todos. Para estas personas compartir con nosotros su situación la historia de su familia, de su enfermedad, de sus hijos, su trabajo es muy enriquecedor y para nosotros es muy gratificante ver lo que significa para ellos que uno pueda escuchar atento y tener en cuenta los detalles para cuando toca tomar decisiones. Cuando un paciente muere y después de un tiempito la familia vuelve a hablarnos, a agradecer a veces, a contar como quedaron las cosas, el duelo es compartido, son momentos de mucha emotividad y comprensión de lo que significó para esa familia que el paciente transitara sus últimos días en el hospital y que nosotros lo hayamos ayudado a sentirse acompañado en esos últimos momentos, o que hayamos buscado la mejor manera de confort, o de bienestar, para morir. Triste. Es muy triste. Pero salimos...si sos empático, te sucede así, porque te

involucraste. Yo creo que es mejor, lo prefiero a que sea una máquina de atender gente y no sepas quienes son.

Atención al paciente: Responsabilidad en atención al paciente

 17:7 ¶ 7 Patricia

Tenemos pegado en el servicio un cartel del sufrimiento, miren eso cada día les decimos a los residentes, y recuerden que no pueden dejar a otros la atención del paciente que sufre, son ustedes mismos, aunque llamen al psicólogo, son ustedes porque el paciente los ve a ustedes, así que nos miran medio escépticos al inicio, hasta que se empapan de la realidad de nuestra sala y se enganchan al ritmo. Los ves que se emocionan, que a ellos también les duele... cópiate la frase, la trajo Pedro... Sufrir es un estado específico de distress que ocurre cuando se percibe una destrucción eminente del individuo y continua hasta que la amenaza de desintegración ha pasado o hasta que la integridad de la persona pueda ser restablecida de otra manera.

Atención al paciente: Calidad de vida del paciente

 7:6 ¶ 5 Eduardo

Me interesa que el paciente vea que estoy ahí, a pesar de todo. Que sienta que la lucho con él. Es una situación en donde la disponibilidad debe garantizarse. Mi familia me ayuda, mis amigos, te diría que el trabajo del equipo fuera de la sala también, porque compartimos un tercer tiempo, decimos siempre y nos fortalece saber que no estamos solos, aunque debo ser pesimista, muchas veces creo que sí, que estamos solos en este hospital... es tan importante descansar un poco... la silla de ruedas le hace daño... hay que conseguir otra y yo recuerdo a los que juntan tapitas para el Garrahan, y la verdad no les creo nada, no creo que eso alcance para mucho... yo he respondido que voy a brindar todo lo necesario para que no quieran morirse, a veces cambian. Yo creo que la eutanasia la piden por cansancio, y yo les respondo que yo no me voy a cansar... y sin embargo te aseguro que no doy más, pero bueno avanzo, yo soy el que está bien, sano, se supone, se espera de mí... Si optimizamos la atención, podrían no solicitar la eutanasia...no pueden percibir que nos cansamos de ellos, porque aparte no es así, pero es muy fácil que esa sea la creencia que sostienen si nuestra respuesta no se vuelve comprensiva y empática. No me han pedido la eutanasia, pero no la doy. Es ilegal diría. Por suerte no me ha pasado, sería difícil enfrentarlo, decirle que no, pero lo haría. La respuesta es no. Lo que sí me pasó que un paciente en un mismo día quiso morirse o seguir viviendo varias veces.

Atención al paciente: Confianza en los médicos

 7:2 ¶ 3 Eduardo

Hablamos entre nosotros, es muy intenso o frecuente el sufrimiento de los pacientes en las fases avanzadas, se controlan de modo habitual los síntomas, pero cada uno es distinto, y no todos actuamos igual. Trabajamos la práctica con los residentes, y transmitimos nuestra idea de cómo debe realizarse la tarea. ¿Es frecuente que rechacen los tratamientos? No podría decirlo así, creo que la situación por la que atraviesa podría generarlo, creo que si le ofreces alternativas no rechazan, suelen

aceptarlos, confían en nosotros te digo, aparte algunos vienen en las últimas, ya sin pretensiones. Decisiones que tomamos día a día, podría decir, Que grado de sedación debe instaurarse, si el paciente lo pide, si es suficiente; solemos discutir sobre que gravedad esperamos que tenga para ofrecer sedación, y sobre qué haríamos si la rechaza, porque decidir solos es difícil y no somos de hierro, nos causan mucha tristeza nuestros pacientes, yo a veces los veo tristes, esa es la palabra, que hay que combatir, porque si estas triste no quieres hacer nada y nuestros enfermos necesitan, no podemos estar tristes les digo, y dale, salimos de esta, y va a estar bien, a veces creo que nos mentimos para aliviarnos, es difícil, a todos nos involucra a pensar en cosas nuestras, hay que ser profesional, sino, que hacemos acá.

Atención al paciente: Comunicación médica con pacientes y familiares

 2:3 ¶ 3 Alberto

Cuando llevaba a los residentes a dar informes, si nosotros hiciéramos esto que hacemos en EE. UU., iríamos presos, porque le informamos a la familia, ahí no hacen eso, le informan al paciente, no a la familia, solo si el paciente autoriza se le informa a la familia, nosotros de hecho, informamos primero a la familia, sino te matan si no le informas, el residente le informaba: tuvimos que hacer una cesárea porque hubo una distosia dinámica, el familiar miraba sin entender. Lo interesante es que ese residente en el pase de sal, media hora antes, si yo preguntaba, me decían hicimos la cesárea porque no bajo la cabecita. Eso es un ejercicio de poder, la palabra es un ejercicio de poder, imagínate frente a la muerte, pretendemos que entienda la primera vez que le doy una mala noticia... al menos después de 4 entrevistas puedes creer que ya lo sabe, el paciente repregunta, no hay que meterse en recovecos en la práctica, no hace falta, que el paciente no se sienta juzgado, que el otro no este solo cuando tiene que decidir, Cuando llegamos a ese espacio de muerte digna, o últimos momentos de vida digna, eso es lo que hay que trabajar y no hay posibilidad de pensarlo en soledad, esto involucra a la flia, sus amigos, todo entra en el tratamiento, hay transversalidad absoluta.

Atención al paciente: Cuidado de pacientes

 17:5 ¶ 5 Patricia

Otra intervención es la fase final, el paciente ha perdido funcionalidad, la diferencia son los objetivos, al principio apostar por la supervivencia, la capacidad de relacionarse, la capacidad de autocuidados, de comer, el bienestar el confort. En el final solo preocupa el bienestar, no la funcionalidad. La importancia es saber cómo trabajamos tomando las mínimas decisiones enfocadas todas en cómo aliviar, preguntando, consultando, trabajando en equipo para establecer cómo intervenir.

Atención al paciente: Importancia de atención temprana

 17:6 ¶ 6 Patricia

Digo que no y listo. No explico mucho. No es legal la eutanasia, y ayudar a que se termine, seria pensar en colaborar a eso, pero de forma solapada, sabemos que hay quienes adhieren. Yo no,

prefiero tener en cuenta la muerte como un proceso natural, digo siempre que trabajemos para ensanchar la vida, no adelantar no retrasar la muerte. Usar las herramientas justas. Para mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, son un bloque. En estas situaciones es una gran ventaja cuando la atención es temprana, claro, me refiero a que el paciente tenga la oportunidad de que la derivación todavía permita mejorar, hablamos de las posibilidades de la supervivencia, ganamos su confianza lo preparamos para el deterioro.

Atención al paciente: Acompañamiento al paciente



20:2 ¶ 3 Rubén

Está muy incorporada la idea de que si el medico no cura no sirve, eso nos enoja, no entienden o no saben, hablan sin conocer lo que hacemos acá... que la medicina tiene que ser para curar. Si te cuento... lidiar con lo triste de saber que avanzaremos poco... o que la esperanza nos será de poco tiempo, que tarde o temprano tendremos que afrontar que el paciente se muera, y lo peor es que el paciente no está ausente, a veces, sí, pero cuando saben o cuando registran lo que sucede, lo que va a pasar o te preguntan, y con nuestros pacientes, tenemos que desarmar esa idea de que no hay nada para hacer. Y siempre tener presente que mientras haya vida, hay muchísimo por hacer. Hay una mirada, una escucha, una palabra para generar bienestar. Curar no es el único objetivo de la medicina. Pero somos exitistas, nos quedamos con que solo sirve lo que cura y nos olvidamos del 90% de las situaciones de la medicina que pasan por aliviar, acompañar y estar.

Atención al paciente: Comunicación con el paciente



12:1 ¶ 2 Juan

Es más de docencia que de ejercicio médico , hay veces que hay que recordar que los médicos somos docentes, deberíamos serlo, también uno puede explicarle al paciente que es lo que le pasa, entenderlo es escucharlo, entender que escuchar, habilitar el poder de la escucha , desde ahí podemos ayudar un montón, no somos los dueños de la verdad, desde el otro lado, muchas veces no escuchamos que la gente por ahí, en la ansiedad, de hacerles entender que pueden hablar, que pueden pedir ayuda para que la pasen un poco mejor. Es como enseñar y transmitir. Somos verticalistas y no se escucha del otro lado un gesto, interpretar un gesto, el otro habla con la mirada, con la mirada, la expresión del otro se borró porque estaba oculto, y eso es ser sensible el lenguaje corporal, yo hago patología mamaria.



16:2 ¶ 4 Oscar

Creo que el deseo de morir no es lo mismo que pedir eutanasia. El deseo de morir es un proceso: empieza en el pensamiento, uno ve que está muy mal y la evolución de la enfermedad piensa, si esto se acabar yo dejo de sufrir, ese pensamiento se va volviendo deseo, va ideando, mostrando intenciones hasta que actúa, esa acción es la eutanasia. Hay una pérdida del sentido del sufrimiento (físicos o psíquicos) Ese dolor desarma su vida y no tiene sentido vivir. La idea es como intervenimos en ese proceso. un abuelo venia con su hija y con su mujer. Explicó que le pasaba, ajustamos el

tratamiento, no estaba mal, no estaba descontrolado, al terminar pregunta: puedo pedir la eutanasia? No quería molestar más, no quería ser la carga para su familia. Podemos hablar libremente de la muerte. El paciente suele no saber, sus familiares te piden no le digan, y entonces no le informan bien, si al paciente lo exploras, y te dice que le preocupa la muerte, le da miedo la muerte, y ahí estaría la clave, abordar el tema, poder hablar de eso, es la muerte o el sufrimiento de la muerte? Si va a estar solo, que pueda saber quién lo va a atender, quien va a estar ahí. Una de las cosas que más se trabaja es en el afrontamiento del diagnóstico, del pronóstico, la finitud. Y poder integrar, no solo quedarnos con que nos pasa algo físico o algo emocional, también nos pasa el espíritu, va todo junto. Ahí es cuando no hacemos muchas diferencias entre nuestras especialidades.

Atención al paciente: Colaboración del paciente



7:5 ¶ 5 Eduardo

(...) El paciente te dice, quiero aprovechar cada minuto, pero no siempre es fácil, hay mucho que hacer, pero el pedido ya te moviliza... no puedes no ser empático ahí... por eso te digo, no creo que no haya empatía, cómo entender sino, las cosas por las que pasamos...sí, es bravo, pero la luchamos con ellos, eso nos alivia o nos tranquiliza, el límite está ahí y por suerte nadie lo niega o lo desconoce, sabemos que hasta cierto punto se puede, después ya no. El paciente debe colaborar, incorporar las modificaciones a su vida, lo mejor sería siempre poder estar controlando, pero eso no es así y tenemos un tiempo de cuidado parcial del paciente, muchas veces lo logrado en el día, cuando volvemos al día siguiente desapareció porque los modos de intervención no se mantuvieron en nuestra ausencia. No me puedo ir pensando en eso, o sí, lo pienso, pero debo separarlo para poder seguir con mi vida y mi función, sino no serviría para nada, no podría seguir atendiendo. Elegí esta especialidad porque el desafío es garantizar la presencia a mi paciente, pero sé que no depende de mí, no somos superhéroes, hay una parte, grande te diría que se escapa de nuestras manos, no se puede pretender que el éxito es completo o que esa dificultad no existe. Pero bueno, continuamos, no se nos mueve la esperanza, Nunca me enoja, aprendí a entender que el proceso de esta especialidad implica este desastre, y que habitamos el desastre y que igual la peleamos con el paciente.

Atención al paciente: Mejora de calidad de vida del paciente



17:6 ¶ 6 Patricia

Digo que no y listo. No explico mucho. No es legal la eutanasia, y ayudar a que se termine, sería pensar en colaborar a eso, pero de forma solapada, sabemos que hay quienes adhieren. Yo no, prefiero tener en cuenta la muerte como un proceso natural, digo siempre que trabajemos para ensanchar la vida, no adelantar no retrasar la muerte. Usar las herramientas justas. Para mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, son un bloque. En estas situaciones es una gran ventaja cuando la atención es temprana, claro, me refiero a que el paciente tenga la oportunidad de que la derivación todavía permita mejorar, hablamos de las posibilidades de la supervivencia, ganamos su confianza lo preparamos para el deterioro.

Atención al paciente: Preocupación por los pacientes

 7:4 ¶ 4 Eduardo

Poco podemos hacer, pero igual no es excusa, eh, no es excusa, hay que trabajar con lo que tenemos, es difícil y eso causa rabia, enojo, Impotencia también y es muy doloroso, a veces los pacientes se nos mueren y sabemos que fue causa de falta de accesibilidad y recursos, sabemos que si hubiera estado en otro lado... no sé cómo denunciar eso, lidiamos con eso, apena, causa tristeza.

Atención al paciente: Cuidado al paciente

 6:1 ¶ 2 Cristian

Ser empático es querer ayudar al otro. Desde los sentimientos, con espíritu de colaboración, de asistencia, es saber cómo se siente sin que te lo diga y casi te digo, sentirse igual, pero bueno, sabemos que nosotros somos quienes lo cuidaremos, recibirlo con amabilidad y afecto, para que se sienta confiado, tampoco ahogarse junto con ellos, a la empatía es necesaria y fundamental sino no podés atender este tipo de patologías. En la guardia te das cuenta, cuando las crisis llegan y es ya la respuesta, hay que actuar, hay que decidir rápido y parece que tenés que ser calculador, igual, sin un poco de consideración es imposible, pasar la urgencia, sí, pero luego volver a la calma y reflexionar en la situación del paciente. La guardia no es el lugar adecuado igual, pero a veces no hay otro. Es importante tener disposición y ganas de atenderlos, buscar las herramientas precisas, saber hacer, no se puede improvisar, el conocimiento, la formación es muy importante. Con María veíamos pacientes cada uno por nuestro lado y siempre nos encontrábamos, compartíamos las vivencias, yo a veces necesito de la parte médica, de otra especialidad y ella de todo lo que hace a lo emocional, así que sí, trabajar en equipo es clave. Estos enfermos necesitan de compañía y de cuidados que no siempre es un fármaco o un procedimiento técnico, la presencia nuestra es clave.

 6:2 ¶ 3 Cristian

(...) La mirada. Mirar a la persona y no a la enfermedad y, en base a eso, armar una estrategia de cuidado para mejorar la calidad de vida. Hay que desestructurarse y poder mirar a la persona enferma, dejar un poco de mirar sólo la enfermedad, los resultados son muy gratificantes, porque nosotros también somos personas que sufrimos, también nos duele, es muy feo que creas que vas a superar todo solo por ser médico, no, eso no. Ponernos con el paciente, con nombre y apellido, con historia clínica, sí, pero bajar lo más posible lo técnico y hacerlo más cercano, tenemos la posibilidad de hacerlo y en equipo, lo que aliviana cualquier dificultad. Cuando aparece la idea de que será mejor morir, trato de preguntarme qué pasa por su cabeza. Trato de ver y escuchar que es un pedido de ayuda, de que se acabe el sufrir, no ser una carga, preservar su autonomía, vivir pero así no. La clave es atender las alarmas. Mi respuesta a cualquier atisbo de eutanasia, si surge en el paciente, si surge en el equipo, es decir no.

 9:4 ¶ 5 Fernando

Convertirse es hacer un giro y descubrir a Dios. En el otro esta Dios. Verlo en este escenario es difícil. Lo más difícil de la percepción es tenés que tener amor, la esperanza, la fe pero el más

grande es el amor, o percibir el dolor del otro hay que tener amor y no tratarlo con un corazón duro. No se puede dar lo que no tienes, si no tenés amor en tu vida, para vos, entonces menos para el paciente. Hay gente que dice una cosa y hace otra, eso no sirve, hay mucha gente que sin ir a la iglesia se comportan con mucho amor, que son muy atentos a cuidar al otro, desde la empatía, se hacen cargo. Impecables. Lo importante es lo que vemos afuera donde está el otro, en lo diario, reblandecer el corazón, es difícil. Eso se pone en práctica con los pacientes y con la flia. Si hay un paciente que se está muriendo, acá solo dejan entrar a dos, pero yo sé que son más, yo los dejo pasar, de a poco, se quedan horas, les pregunto y les ofrezco si quieren darle la extrema unción al paciente, con la enfermera llamamos al cura de acá a la vuelta y viene, a veces es tarde ya, pero la mayoría de las veces la familia acepta y lo logramos. Lo he intentado directo con el paciente, hablando, sugiriéndole si quiere que llamemos la cura, si quiere confesarse o arreglar cosas pendientes y eso es muy difícil de hablarlo, se complica, es un esfuerzo. Yo le tiro la pelota al familiar, yo no puedo ir, pero si ellos no van, no van a decir que nadie les aviso.

Atención al paciente: Filosofía de atención médica integral



1:1 ¶ 2 Adriana

¿El medico que me dirigía en la residencia tenía un manual viejo, tanto? Yo tengo el de cuando me recibí, y yo pensé, pobres tus pacientes, porque tantos años en el ejercicio de la medicina , muchos habrán necesitado más de los que les ofreció nos tenemos que replantear porque somos médicos, para que somos médicos, y que no somos los dueños de la medicina, yo lo que escucho que la interdisciplina es genial, desde ahí hay que repensar nuestro actuar en la salud, como equipo interdisciplinario teniendo como meta , que aquel que va a morir no muera sufriendo, porque hay muchas cosas que pódenos hacer, y es lamentable que no lo hagamos , no es riesgoso, además es barato, es pensarlo , y cambiar nuestra mirada, desde donde vamos a cuidar la salud. Saber que nosotros también vamos a morir, pensar como nos gustaría que eso nos pase y tratar de dárselo a los demás también, por ue le voy a ofrecer a alguien una muerte en terapia intensiva, invadido, si yo para mí no quiero eso, desde lo filosófico, repensar el ejercicio de la medicina, es mucho laburo,

Atención al paciente: Cuidado paliativo



19:13 ¶ 3 Raúl

No me han pedido mucho, te lo piden (eutanasia) pero piden mas no prolongar agonía, nadie te pide mávalo. Es común, sucede que no quieren que sea desproporcionado, que se muera ahora, no.

Atención al paciente: Trato al paciente



5:1 ¶ 2 Carolina

La empatía es un ida y vuelta entre uno y el paciente el concepto es condición sinequanon. Yo siento que si el paciente, no tiene un buen trato... parte del tratamiento y de la atención medica es que el paciente se sienta bien tratado, que sienta que vos lo escuchas, que sienta que a vos te interesa lo que le está pasando, eso es fundamental. Te cambia toda la atención que el sienta que te importa lo

que le pasa, aunque te hable de otra cosa, que no sea la enfermedad, a veces no solo su patología, a veces vienen con cargas externas, sus familiares, su entorno, eso yo lo pongo muy sobrevalorado. Siempre me pongo en el lugar de mi paciente. Ponerse en el lugar del otro es fundamental porque es a manera de entenderlo, saber que le pasa, que le duele, como le duele, a mí me gusta que me traten bien entonces yo doy lo mismo, trato de atender a la persona como si fuera el presidente de la nación, es mi manera, aunque sea un paciente o aunque sean 20, trato de agregarle eso. A veces estoy sin energía, cansada y me siento con culpa; el paciente no tiene la culpa de mi forma de estar ese día, y yo no lo atiende bien por estar mal yo, no me parece. Esta bueno eso de tratar al otro como te gustan que te traten a vos. No hay desventajas en la empatía.

Atención al paciente: Comunicación con pacientes y familiares



13:4 ¶ 3 Maribel

Eso me pasa a mí, en mi experiencia, hace 10 años no podría haber dicho esto ... Cuando rechaza el tratamiento, preguntarle por qué , siempre hay que ir por el paciente , hay veces que se cansa, en lo personal me pasó, una paciente tenía la bisabuela muy grande, estaba demenciada internada en paliativos, al tercer día de una de las ultimas internaciones, la mira y le dice Y a estoy cansada vieja, el paciente se cansa, hay que saber respetar y saber comprender, la empatía es eso, comprender lo que le pasa al otro y también acompañar a la familia a que comprenda eso, a veces, el paciente dice basta pero la familia no escucha o impone su voluntad, no acepta ese basta, entender que del otro lado hay una persona; si pide morir, la situación ideal sería no tener que responderle, mi postura choca, en esto de respetar lo que quiere el paciente yo tengo que , bueno, medir las consecuencias, ver la realidad de la situación, a mí me pasa que yo necesito dar hasta lo último para que ese paciente llegue al final de su vida, colaborar con eso es respetar su deseo y yo tengo que dejar lo que a mí me suceda aparte, pero no significa avanzar en la eutanasia, no sé si fui clara...el acto médico debe ir separado de la cuestión subjetiva de decidir morir, no somos quienes ayudamos a eso, a morir.

Atención al paciente: Relación médico paciente



8:1 ¶ 2 Eugenio

Tener empatía es muy importante para poder atender bien a los pacientes. Es la forma de entablar una buena relación médico paciente. Y eso es importante porque a partir de ahí salen los éxitos o los fracasos en el tratamiento. Que el paciente confíe, que se quiera quedar en el hospital, que cumpla las indicaciones, va a depender de como yo lo trate, y para eso si no me pongo en su lugar, corro el riesgo de dar puras indicaciones como si fueran ordenes, A veces es importante dar órdenes, pero la mayoría de las veces la indicación debe consensuarse, así sale mejor. Si es un sentimiento, sería la tristeza. Me apena pensar que se sienten desamparados. Quisiera remediarles esa sensación y hago lo mejor posible mientras estoy en la sala para que eso no ocurra, entonces es hablar, preguntarles, llamarlos si duermen, recordarles cosas, y así, como si fuera un familiar.

Atención al paciente: Comportamiento del médico

 19:11 ¶ 2 Raúl

...Empatía... no se decir con exactitud. Estar parado frente a una situación, como actuar, estar convencido, tener simpatía por el otro. empatía y decisión al trabajar, conforme con una situación. Es relevante para la práctica, no sé qué sería para el otro, no uso con frecuencia el término. Sentir como lo sentiría el otro. Saber cómo sentiría ante una situación determinada. La práctica médica es diferente según el paciente, es amplio pensar en qué situación está un clínico, un terapeuta, un pediatra. Trabajo en privado, y suelo ponerme en el lugar del paciente, por ejemplo cuando se trata de un chico muy joven en donde el revuelo es siempre muy muy grande, con la familia, distinto que cuando es un viejito por ej. uno asiste a todos los pacientes igual pero no es lo mismo asistir a un paciente de 20 años que a uno de 90. Estas distinto frente a la muerte Eso te para distinto. La diferencia es la perspectiva de la calidad de vida que lo espera a la salida d de la situación crítica, o en la fase terminal de la enfermedad. Te pones en el lugar del que la expectativa de vida es más favorable. No podemos implicarnos. Porque después que te vas del hospital tu vida debe continuar, no podrías vivir tu vida si te implicas. Si buscas un vínculo, la relación con el paciente es muy limitada. Lo vas a ver poco, casi no habla, lo ves pocas veces aun si haces guardia, en su vida solo será el poco tiempo que tenemos para verlo y atenderlo. ¿Que nos pasa?

Relación médico-paciente

Codificación inicial / RMP

Relación médico-paciente: Intervención emocional en pacientes

 17:4 ¶ 5 Patricia

¿Cuándo intervenimos?: no solo en la etapa próxima a la muerte, no es exclusiva la fase, hay otros momentos, todos muy difíciles creo yo, nos involucramos, como no, sería posible atender sin esa implicación de nuestro mirar con afecto, ahí es cuando sabemos que hay que tener cuidado que la emoción no te traicione y te lleve a cometer errores. (...) Cuando no le explican el paciente sufre porque no sabe que le pasa. Tenemos la tendencia a generar ese conocimiento, en el equipo también, compartir lo que nos provoca, lo que nos hace sentir y pensar el hecho de iniciar la atención precoz del paciente con enfermedad incurable, por ejemplo con los pacientes oncológicos, con la terapia es crónico pero luego deviene el declive, y ahí tenemos que armarnos porque las escenas son difíciles, nos afecta lo que les pasa, claro, no al punto de hacer mal las cosas, sería una falla enorme, habría que saber retirarse si ves que no vas a poder afrontar esos casos, yo creo que está bien que sea así, si fuera todo muy distante, como te cree que lo estas curando, no pienso en curar sin implicarme un poco, después descanso, me repongo.... La enfermedad de órganos (cardiopatías, renales) tiene altibajos, la demencia tiene procesos en donde vamos descendiendo pero con menos intensidad. Nos toca actuar desde el diagnóstico.

Relación médico-paciente: Manejo del dolor

 19:12 ¶ 2 Raúl

Si trasladas la parte afectiva al paciente, no podrás hacer esta especialidad porque el porcentaje de fallecimientos es alto, y los pacientes son todos graves. No hay nadie por salvarse. Hay que dejar de lado la parte afectiva. Hay veces que no se puede, que te llega más. ¿Un ejemplo? No recuerdo, tanto de irme y olvidarme. No tengo un recurso particular tengo claro que este es mi trabajo. Y lo único que tenés que hacer, porque no somos el dueño de su vida ni de su muerte, irte tranquilo que hiciste todo lo que el paciente necesitaba y todo lo mejor que podías, todo lo que sabías, todo lo que se merece, vos le brindas a todos lo mismo, según la particularidad también...Entorno de la familia, la intensidad del dolor que reviste se puede dimensionar, gestionar? Las rutas son distintas en una misma familia, puedes darte cuenta cuanto afligida está y cuantas rutas distintas: un hijo que la tiene clara, que no sufre y otro que te pide que se vaya con vida. No todos responden igual. El paciente en terapia por ejemplo no te lo expresa, trabajan más con la familia.

Relación médico-paciente: Cuidado centrado en la persona



13:1 ¶ 2 Maribel

La empatía yo la entiendo como la capacidad de ponerse en el lugar de la persona con la que estoy interactuando, puede ser un paciente, puede ser la familia. El concepto me parece muy relevante en la práctica médica, porque si yo no tengo la capacidad de ponerme en el lugar del paciente como voy a pensar en un tratamiento prolongado, para que pueda entender la importancia de la adherencia, tanto él como la familia. Suelo ponerme en el lugar de mi paciente. A mí muchas veces me pasa que hay situaciones que me movilizan, y trato de hacer por el otro lo que me hubiese gustado que hicieran conmigo en situaciones personales, ventajas? Logro una buena contratransferencia con mis pacientes, me pasa que vienen a la guardia y me buscan, vienen a la consulta y me buscan, los pacientes que están internados, tanto los pacientes como la familia, me buscan a mí. Y también lo que me pasa con mis compañeros, tanto del servicio como de otros servicios, o las enfermeras, también me buscan a mí, porque ven como es el vínculo que tengo con mis pacientes.

Relación médico-paciente: Relación terapéutica



5:3 ¶ 3 Carolina

Un ejemplo de esto: cuando el paciente te está contando algo de su vida particular y vos terminas involucrándote en la conversación, que a veces no toca el tema de su enfermedad, pero le das una palabra de aliento, un consuelo, un parecer, me ha pasado que me dicen, de la muerte, del marido, de sus hijos, yo tanto de contar yo también una situación propia similar, solo para que sienta que no hay una distancia, que se sienta empático, también él. Cuando no hay palabras, no hay verbales, lo veo aunque no diga nada, a veces su expresión, le pregunto, pero depende del estado de ánimo de uno, me ha pasado, años anteriores, que las situaciones se repiten, por ejemplo en embarazadas, una vez le recomiendas algo para cuidar su vida, pero el paciente no te responde o no te hace caso, vos sabes que le hace mal, que le hará daño ese descuido, pero el paciente persiste, a mí me hace mal, decís esto no tiene solución, me angustio, no tengo que hablar porque me hace mal, no puedo resolver nada, y me angustio, digo, bueno tiene que ver conmigo. Yo lo resuelvo

hablando, hablo mucho, no sé de dónde saco las palabras. Se entabla una relación, yo cuento también y después el paciente también me pregunta por mí, por como estoy.

Relación médico-paciente: Cuidado emocional del paciente



20:2 ¶ 3 Rubén

Está muy incorporada la idea de que si el medico no cura no sirve, eso nos enoja, no entienden o no saben, hablan sin conocer lo que hacemos acá... que la medicina tiene que ser para curar. Si te cuento... lidiar con lo triste de saber que avanzaremos poco... o que la esperanza nos será de poco tiempo, que tarde o temprano tendremos que afrontar que el paciente se muera, y lo peor es que el paciente no está ausente, a veces, sí, pero cuando saben o cuando registran lo que sucede, lo que va a pasar o te preguntan, y con nuestros pacientes, tenemos que desarmar esa idea de que no hay nada para hacer. Y siempre tener presente que mientras haya vida, hay muchísimo por hacer. Hay una mirada, una escucha, una palabra para generar bienestar. Curar no es el único objetivo de la medicina. Pero somos exitistas, nos quedamos con que solo sirve lo que cura y nos olvidamos del 90% de las situaciones de la medicina que pasan por aliviar, acompañar y estar.

Relación médico-paciente: Empatía en la práctica médica



11:2 ¶ 3 Juan Pablo

La empatía es amplia es ponerse en el lugar del otro, no vas a sentir lo mismo que siente el otro porque el sentimiento es del otro, pero si podés escuchar, quedarte callado, no juzgar, el concepto es relevante en la práctica médica, no hay empatía muchas veces, por ejemplo cuando un paciente llega con ataques de pánico y el medico dice es un loco, la está pasando mal, es lo peor que le paso en la vida, la está pasando ml... creo que no hay empatía. Hay ventajas y desventajas en ser empático en la atención médica, la ventaja es que te acercas más al paciente, el paciente te tiene confianza, te ve como alguien responsable y que lo que te dice a vos te importa, no importan los resultados, lo que importa es que vos le diste tu atención, sabe que te estas ocupando, la desventaja es que en algún momento eso uno se lo lleva puesto, uno necesita descargarse y si no tiene cómo es peligroso porque te comienza a enfermar. Un ejemplo es todos los días, los gestos y expresiones es lo primero que registros, es la primera impresión cuando entra al consultorio eso te permite saber si la está pasando muy mal, por el caminar y la cara, si se sienta, si te da un beso o te da la mano, el tono de voz con que te habla...

Relación médico-paciente: Cuidado de no transmitir emociones negativas al paciente



17:4 ¶ 5 Patricia

¿Cuándo intervenimos?: no solo en la etapa próxima a la muerte, no es exclusiva la fase, hay otros momentos, todos muy difíciles creo yo, nos involucramos, como no, sería posible atender sin esa implicación de nuestro mirar con afecto, ahí es cuando sabemos que hay que tener cuidado que la emoción no te traicione y te lleve a cometer errores. (...) Cuando no le explican el paciente sufre porque no sabe que le pasa. Tenemos la tendencia a generar ese conocimiento, en el equipo también,

compartir lo que nos provoca, lo que nos hace sentir y pensar el hecho de iniciar la atención precoz del paciente con enfermedad incurable, por ejemplo con los pacientes oncológicos, con la terapia es crónico pero luego deviene el declive, y ahí tenemos que armarnos porque las escenas son difíciles, nos afecta lo que les pasa, claro, no al punto de hacer mal las cosas, sería una falla enorme, habría que saber retirarse si ves que no vas a poder afrontar esos casos, yo creo que está bien que sea así, si fuera todo muy distante, como te cree que lo estas curando, no pienso en curar sin implicarme un poco, después descanso, me repongo.... La enfermedad de órganos (cardiopatías, renales) tiene altibajos, la demencia tiene procesos en donde vamos descendiendo pero con menos intensidad. Nos toca actuar desde el diagnóstico.

Relación médico-paciente: Importancia de la empatía en la relación médico-paciente



15:1 ¶ 2 Nicolás

La empatía es ponerse en el lugar del otro. En la práctica no sería relevante porque yo trabajo desde un posicionamiento profesional que no tiene que ver con ponerme en el lugar del otro. En la práctica hay que tener una cierta cuota de empatía seguramente, pero hay que poderla medir, ni la falta total de empatía de no conmoverse por lo que el ocurre al paciente ni un exceso de empatía, identificarse al paciente obstaculiza el trabajo. Hay ventajas en el ser empático, por ejemplo para el despliegue de la buena relación médico paciente que es una de las principales causas de protección para juicios de responsabilidad medica... Bueno, bueno, muy pesimista estoy... jaja

Relación médico-paciente: Percepción del dolor ajeno



15:3 ¶ 3 Nicolás

Enfrentar eso... ahora reformulo mi respuesta primera, yo creo que tener una visión más amplia del paciente , preguntarme por las condiciones materiales de existencia en un paciente, al indicar una terapéutica, revisar que posibilidades concretas tiene el paciente y la familia de poder llevarla a cabo, y a veces eso es ponerse en su lugar, poder tener en cuenta su punto de vista, La percepción del dolor ajeno es parte de la relación médico paciente, somos testigos del sufrimiento, en el área de interconsulta hay cosas que los médicos no pueden escuchar, algo se escapa del alcance de la técnica, y toca el dolor o la tristeza, a mí me ha pasado, muchas veces me embarga la tristeza y es claramente observable que debo estar atento para no arruinar el trabajo con el paciente , hay que hacer una apuesta de poder visibilizar que el paciente es mucho más que un órgano y poder ver un poco más allá, de las cuestiones físicas, biológicas. Como gestionar la tristeza? Un montón de maneras, a través de la propia angustia, muchas veces el ensañamiento terapéutico con la idea de curar o salvar la vida a toda costa, salvar al paciente, no ver que no se puede...a cualquier precio no. La posición del médico suele medir o percibir el sufrimiento psíquico, pero tantas veces sabemos que no tenemos las herramientas, si hay un equipo de salud mental es mejor acudir por ayuda. La respuesta al pedido de eutanasia es no.

Relación médico-paciente: Comprender lo que le pasa al paciente

 13:4 ¶ 3 Maribel

Eso me pasa a mí, en mi experiencia, hace 10 años no podría haber dicho esto ... Cuando rechaza el tratamiento, preguntarle por qué , siempre hay que ir por el paciente , hay veces que se cansa, en lo personal me pasó, una paciente tenía la bisabuela muy grande, estaba demenciada internada en paliativos, al tercer día de una de las ultimas internaciones, la mira y le dice Y a estoy cansada vieja, el paciente se cansa, hay que saber respetar y saber comprender, la empatía es eso, comprender lo que le pasa al otro y también acompañar a la familia a que comprenda eso, a veces, el paciente dice basta pero la familia no escucha o impone su voluntad, no acepta ese basta, entender que del otro lado hay una persona; si pide morir, la situación ideal sería no tener que responderle, mi postura choca, en esto de respetar lo que quiere el paciente yo tengo que , bueno, medir las consecuencias, ver la realidad de la situación, a mí me pasa que yo necesito dar hasta lo último para que ese paciente llegue al final de su vida, colaborar con eso es respetar su deseo y yo tengo que dejar lo que a mí me suceda aparte, pero no significa avanzar en la eutanasia, no sé si fui clara...el acto médico debe ir separado de la cuestión subjetiva de decidir morir, no somos quienes ayudamos a eso, a morir.

Relación médico-paciente: Dificultades emocionales en la relación médico-paciente

 11:3 ¶ 3 Juan Pablo

La relación médico paciente es un matrimonio pero de a tres: el paciente, el médico y la familia, un poco difícil... las emociones propias, que me llevo yo... está mal... a mí se me han caído lagrimas delante del paciente, lágrimas de dolor, de tristeza de impotencia, no sé si está bien o mal, me ha tocado con pacientes muy jóvenes que sabes que se van a morir, que ellos saben que se van a morir, hace poco un paciente joven con cáncer de testículo donde su hijo se estaba yendo de viaje de egresados a Bariloche, el hijo no quería viajar porque su papa se moría que seguramente se iba a morir mientras él estaba de viaje y su papa no se quería morir porque su hijo estaba en Bariloche para que no se sienta culpable, tuve que sedarlo mientras el chico estaba en Bariloche y estirar la agonía para ver que llegara vivo el padre al regreso del hijo para que este no se sintiera culpable de haberse ido. Mi primer paciente de paliativos fue una nena de 14 años, donde la nena me enseñó tantas cosas, era un adulto.

Relación médico-paciente: Sensibilidad hacia el paciente

 12:1 ¶ 2 Juan

Es más de docencia que de ejercicio médico , hay veces que hay que recordar que los médicos somos docentes, deberíamos serlo, también uno puede explicarle al paciente que es lo que le pasa, entenderlo es escucharlo, entender que escuchar, habilitar el poder de la escucha , desde ahí podemos ayudar un montón, no somos los dueños de la verdad, desde el otro lado, muchas veces no escuchamos que la gente por ahí, en la ansiedad, de hacerles entender que pueden hablar, que pueden pedir ayuda para que la pasen un poco mejor. Es como enseñar y transmitir. Somos verticalistas y no se escucha del otro lado un gesto, interpretar un gesto, el otro habla con la mirada,

con la mirada, la expresión del otro se borró porque estaba oculto, y eso es ser sensible el lenguaje corporal, yo hago patología mamaria.

Relación médico-paciente: Necesidad de compartir emociones en el equipo médico



17:4 ¶ 5 Patricia

¿Cuándo intervenimos?: no solo en la etapa próxima a la muerte, no es exclusiva la fase, hay otros momentos, todos muy difíciles creo yo, nos involucramos, como no, sería posible atender sin esa implicación de nuestro mirar con afecto, ahí es cuando sabemos que hay que tener cuidado que la emoción no te traicione y te lleve a cometer errores. (...) Cuando no le explican el paciente sufre porque no sabe que le pasa. Tenemos la tendencia a generar ese conocimiento, en el equipo también, compartir lo que nos provoca, lo que nos hace sentir y pensar el hecho de iniciar la atención precoz del paciente con enfermedad incurable, por ejemplo con los pacientes oncológicos, con la terapia es crónico pero luego deviene el declive, y ahí tenemos que armarnos porque las escenas son difíciles, nos afecta lo que les pasa, claro, no al punto de hacer mal las cosas, sería una falla enorme, habría que saber retirarse si ves que no vas a poder afrontar esos casos, yo creo que está bien que sea así, si fuera todo muy distante, como te cree que lo estas curando, no pienso en curar sin implicarme un poco, después descanso, me repongo.... La enfermedad de órganos (cardiopatías, renales) tiene altibajos, la demencia tiene procesos en donde vamos descendiendo pero con menos intensidad. Nos toca actuar desde el diagnóstico.

Relación médico-paciente: Ventajas y desventajas de ser empático en la atención médica



11:2 ¶ 3 Juan Pablo

La empatía es amplia es ponerse en el lugar del otro, no vas a sentir lo mismo que siente el otro porque el sentimiento es del otro, pero si podés escuchar, quedarte callado, no juzgar, el concepto es relevante en la práctica médica, no hay empatía muchas veces, por ejemplo cuando un paciente llega con ataques de pánico y el medico dice es un loco, la está pasando mal, es lo peor que le paso en la vida, la está pasando mal... creo que no hay empatía. Hay ventajas y desventajas en ser empático en la atención médica, la ventaja es que te acercas más al paciente, el paciente te tiene confianza, te ve como alguien responsable y que lo que te dice a vos te importa, no importan los resultados, lo que importa es que vos le diste tu atención, sabe que te estas ocupando, la desventaja es que en algún momento eso uno se lo lleva puesto, uno necesita descargarse y si no tiene cómo es peligroso porque te comienza a enfermar. Un ejemplo es todos los días, los gestos y expresiones es lo primero que registros, es la primera impresión cuando entra al consultorio eso te permite saber si la está pasando muy mal, por el caminar y la cara, si se sienta, si te da un beso o te da la mano, el tono de voz con que te habla...

Cuidado del paciente

Adecuación terapéutica / Codificación inicial

Cuidado del paciente:

 10:20 ¶ Juan Carlos

La percepción del dolor del otro es parte de la relación Médico paciente, es fundamental es apersona sufriendo puede ser mi hijo, no quisiera estar en ese lugar en esa función no estar del otro lado y que he no me atiendan.

Cuidado del paciente: comunicación en el final de vida

 10:22 ¶ 5 Juan Carlos

Estado terminal, paliativos, siempre les digo, a veces el paciente critico no habla, esta ventilado, con respirador, no hay que ensañarse, ser consecuente con uno mismo, decirle de su situación terminal, explicarle lo apremiante, no sé cuánto tiempo vas a vivir. La diferencia es la calidad de vida que buscamos, si quieres lo haces y lo hacemos juntos, pero no perdamos tiempo, t ofrezco eso, toman el acuerdo porque el paciente sabe de su limitación, sabe la diferencia y su debilitación, vive con su enfermedad y lo que yo le ofrezco, que viva sin dolor ni sufrimiento, y si viene con la pareja, suelo decirle algún chiste, algún humo en la confianza, voy con la simpatía y el humor.

Cuidado del paciente: importancia de la relación médico paciente

 10:20 ¶ 3 Juan Carlos

La percepción del dolor del otro es parte de la relación Médico paciente, es fundamental es apersona sufriendo puede ser mi hijo, no quisiera estar en ese lugar en esa función no estar del otro lado y que he no me atiendan.

Cuidado del paciente: calidad centrada en el paciente

 17:2 ¶ 3 Patricia

La razon de la buena práctica, empática, que se preocupe por la persona que está sufriendo es hacer el control eficiente de los síntomas: procurar la calidad de vida del paciente en todos los aspectos. Adaptar las medidas a cada fase del paciente, por ejemplo, no le vamos a proponer a todos lo mismo, muchas veces pensamos en un recurso y luego no se adapta al paciente y entonces hay que cambiar, volver a empezar...

Cuidado del paciente: Cuidado integral

 17:2 ¶ 3 Patricia

La razon de la buena práctica, empática, que se preocupe por la persona que está sufriendo es hacer el control eficiente de los síntomas: procurar la calidad de vida del paciente en todos los aspectos. Adaptar las medidas a cada fase del paciente, por ejemplo, no le vamos a proponer a todos

lo mismo, muchas veces pensamos en un recurso y luego no se adapta al paciente y entonces hay que cambiar, volver a empezar...

Cuidado del paciente; Cuidados y comprensión

 20:4 ¶ 3 Rubén

El trabajo es horizontal y todos trabajamos en forma continua con los pacientes. Eso es un valor del equipo, es una atención integral donde el paciente es Joaquín, que tiene dolor y aparte este angustiado.

Cuidado del paciente: cuidar y aliviar

 10:22 ¶ 5 Juan Carlos

Estado terminal, paliativos, siempre les digo, a veces el paciente critico no habla, esta ventilado, con respirador, no hay que ensañarse, ser consecuente con uno mismo, decirle de su situación terminal, explicarle lo apremiante, no sé cuánto tiempo vas a vivir. La diferencia es la calidad de vida que buscamos, si quieres lo haces y lo hacemos juntos, pero no perdamos tiempo, t ofrezco eso, toman el acuerdo porque el paciente sabe de su limitación, sabe la diferencia y su debilitación, vive con su enfermedad y lo que yo le ofrezco, que viva sin dolor ni sufrimiento, y si viene con la pareja, suelo decirle algún chiste, algún humo en la confianza, voy con la simpatía y el humor.

Cuidado del paciente: Cuidados paliativos

 10:22 ¶ 5 Juan Carlos

Estado terminal, paliativos, siempre les digo, a veces el paciente critico no habla, esta ventilado, con respirador, no hay que ensañarse, ser consecuente con uno mismo, decirle de su situación terminal, explicarle lo apremiante, no sé cuánto tiempo vas a vivir. La diferencia es la calidad de vida que buscamos, si quieres lo haces y lo hacemos juntos, pero no perdamos tiempo, t ofrezco eso, toman el acuerdo porque el paciente sabe de su limitación, sabe la diferencia y su debilitación, vive con su enfermedad y lo que yo le ofrezco, que viva sin dolor ni sufrimiento, y si viene con la pareja, suelo decirle algún chiste, algún humo en la confianza, voy con la simpatía y el humor.

SUFRIMIENTO

Control emocional

Codificación inicial / Identificación del dolor psíquico

Control emocional: Olvidos

 21:9 ¶ 10 Salvador

Terminal: no recuerdo que hice en esas situaciones. Que hay que acompañarlo en su mejor morir, siento frustración

Control emocional: Autocontrol

 10:19 ¶ 3 Juan Carlos

Caso clínico: varias veces, he hecho cosas que no debería hacer, una vez un paciente de 32 años, había que hacer una intubación intraqueal y no se veía nada y ya estaba a en paro respiratorio y a pesar de que tengo bastante destreza para intubar, no pude y agarre y le metí un tubo con alambre, lo clave literalmente, y lo logre salvar y me fui al cuarto de al lado a decir gracias dios mío, después nos dimos cuenta de que la tráquea estaba tapada con un tumor, un seminoma, pero vivió. Nadie nace para la. La vocación es la de servicio. Tratar de hacer lo que hacemos de la mejor manera posible, y tratar de ser útil de la mejor forma y transmitir lo que sabes. Repara en los gestos y expresiones no verbales, me llama la atención la locuacidad, cuando entra ya te das cuenta, la mujer, mucho más lucida que los varones, en los consultorios las mujeres hablan por su compañero, te das cuenta de que va a tomar la iniciativa por la forma de caminar, el varón se deja manejar dar los remedios, buscar el tratamiento. y no tiene que saber quién maneja el seguimiento, uno debe darle el lugar al paciente, no volverlo dependiente, dejarlo que se exprese por sus propios medios y no actuar con soberbia. No equivocarse al actuar con soberbia. Se puede hacer un semblanteo de su lenguaje corporal, como se sienta como se mueve en la consulta, que responde. Hay que saber discernir.

 10:21 ¶ 4 Juan Carlos

Como gestiona sus propias emociones, ¿cómo descargo? ¿Como me arreglo? Si me toca una situación apremiante soy el tipo más frío. Para no ponerse nervioso, no dudar no equivocarse. Actuar frente a los que se presenta que está perdido, tartar de recuperarlo y ser el tipo más frío. No paralizarse. En silencio, actuando con convicción y determinación, un tempaño de hielo. Fuerte.

Control emocional: Moral

 5:5 ¶ 5 Carolina

Eutanasia: en ese tema no puedo juzgar, es algo que yo no haría, que no me gustaría pero no puedo juzgar a quien decide tomar una medida así, no ayudaría. Es muy difícil, nunca lo pensé va en contra de la formación cristiana, a mí me gusta respetar a la persona, y no es algo que me le pondría en contar, trataría de tomar en consideración la decisión de la persona, pero no podría participar de eso, no puedo juzgar. Tengo ese reparo, a esa persona algo le está pasando, quien soy yo para decidir por la vida o por la muerte de esa persona, si está en sus facultades, no podría juzgar.

Control emocional: Habilidades para adaptarse

 17:2 ¶ 3 Patricia

La razon de la buena práctica, empática, que se preocupe por la persona que está sufriendo es hacer el control eficiente de los síntomas: procurar la calidad de vida del paciente en todos los aspectos. Adaptar las medidas a cada fase del paciente, por ejemplo, no le vamos a proponer a todos

lo mismo, muchas veces pensamos en un recurso y luego no se adapta al paciente y entonces hay que cambiar, volver a empezar...

Control emocional: Frustración

 21:9 ¶ 10 Salvador

Terminal: no recuerdo que hice en esas situaciones. Que hay que acompañarlo en su mejor morir, siento frustración

Control emocional: Implicarse

 21:6 ¶ 4 Salvador

Ponerse: estar al lado, no en el lugar. Puede ver alterada la percepción de lo que le pasa al paciente. Tiene que estar junto al paciente, no ocupando el lugar del paciente. ¿Ventajas? Si claro, porque hace que los tratamientos sean más efectivos y el paciente tiene más confianza en lo que nosotros estamos haciendo.

Control emocional: Equipo de trabajo

 20:4 ¶ 3 Rubén

trabajo es horizontal y todos trabajamos en forma continua con los pacientes. Eso es un valor del equipo, es una atención integral donde el paciente es Joaquín, que tiene dolor y aparte este angustiado.

Control emocional: Humor

 10:22 ¶ 5 Juan Carlos

Estado terminal, paliativos, siempre les digo, a veces el paciente crítico no habla, está ventilado, con respirador, no hay que ensañarse, ser consecuente con uno mismo, decirle de su situación terminal, explicarle lo apremiante, no sé cuánto tiempo vas a vivir. La diferencia es la calidad de vida que buscamos, si quieres lo haces y lo hacemos juntos, pero no perdamos tiempo, te ofrezco eso, toman el acuerdo porque el paciente sabe de su limitación, sabe la diferencia y su debilitación, vive con su enfermedad y lo que yo le ofrezco, que viva sin dolor ni sufrimiento, y si viene con la pareja, suelo decirle algún chiste, algún humor en la confianza, voy con la simpatía y el humor.

Control emocional: Fe

 9:6 ¶ 6 Fernando

El cuerpo se divide cuerpo mente y espíritu, este último es la fuerza que gobierna a los otros dos, si vos tenés el espíritu fuerte, hay santos que solo comían las hostias. Los ayunos de 40 días... el espíritu es muy importante. No pudimos buscar al padre, no pude hablarle, estaría buenísimo que

pase, pedirle. Vino las veces que se lo llamó. Sería ideal pasar por la sala, acompañar al paciente incluso sin necesitar la extrema unción.

 10:24 ¶ 6 Juan Carlos

El que define en qué momento vas a partir es el de arriba. Sucederá cuando deba ser, nosotros no sabemos cuándo y no podemos decidir eso. Si el paciente no cree en Dios, bueno, pero yo sí, le digo y trato de que entienda mi posición, y se lo digo igual. Es fundamental. Desde el punto de vista seguiré haciendo todo lo que este en mi alcance. La razón es que crees. Si la familia es conflictiva el desafío es aún mayor. Hay algo que trasciende el actuar médico.

Emociones

Codificación inicial / Manejo de la calma

Emociones: Estrés emocional

 5:4 ¶ 4 Carolina

Nunca me pasó, he tenido que dar malas noticias, aconsejar como seguir, a veces el paciente no lo sabe, no quiere enterarse, me ha pasado de tener que decir lo que nadie se atreve a enfrentar. Antes me lo tomaba mejor, ahora con el paso de los años, me afecta más, me angustia más, muchas cosas feas, tantas, uno lo ve y dice puede ser mi hermano, puede ser mi madre, mi hijo, y me afecta, trato de disimular, y continuo con la atención, pero me afecta cada vez más, me queda una angustia y digo, basta no quiero ver nada más, nada más. Ese cambio se debe a la edad de uno, te pones más grande, de joven te llevas la vida por delante. La intensidad de lo psíquico puede percibirse, depende del paciente, hay quienes lo expresen mejor, otros son más negadores pero tienes que tener la actitud de querer percibirlo, yo trato de tener eso en mente, de poder decir la palabra que el paciente necesita. Hay veces que el paciente esta intratable, pero lo estas ayudando igual si le pones paciencia, si seguís en el cuidado a pesar de su negativa, muchos se sorprenden de que los traten bien y me agradecen y yo no lo puedo creer porque para mí es algo básico y la gente te lo agradece, me sorprende, les digo no es lo que hago, es mi obligación, no tiene nada que agradecerme lo dicen al despedirse.

Emociones: Espiritualidad

 9:4 ¶ 5 Fernando

Convertirse es hacer un giro y descubrir a Dios. En el otro esta Dios. Verlo en este escenario es difícil. Lo más difícil de la percepción es tenés que tener amor, la esperanza, la fe pero el más grande es el amor, o percibir el dolor del otro hay que tener amor y no tratarlo con un corazón duro. No se puede dar lo que no tienes, si no tenés amor en tu vida, para vos, entonces menos para el paciente. Hay gente que dice una cosa y hace otra, eso no sirve, hay mucha gente que sin ir a la iglesia se comportan con mucho amor, que son muy atentos a cuidar al otro, desde la empatía, se hacen cargo. Impecables. Lo importante es lo que vemos afuera donde está el otro, en lo diario, reblandecer el corazón, es difícil. Eso se pone en práctica con los pacientes y con la flia. Si hay un paciente que se

está muriendo, acá solo dejan entrar a dos, pero yo sé que son más, yo los dejo pasar, de a poco, se quedan horas, les pregunto y les ofrezco si quieren darle la extrema unción al paciente, con la enfermera llamamos al cura de acá a la vuelta y viene, a veces es tarde ya, pero la mayoría de las veces la familia acepta y lo logramos. Lo he intentado directo con el paciente, hablando, sugiriéndole si quiere que llamemos la cura, si quiere confesarse o arreglar cosas pendientes y eso es muy difícil de hablarlo, se complica, es un esfuerzo. Yo le tiro la pelota al familiar, yo no puedo ir, pero si ellos no van, no van a decir que nadie les aviso.

 9:6 ¶ 6 Fernando

El cuerpo se divide cuerpo mente y espíritu, este último es la fuerte que gobierna a los otros dos, si vos tenés el espíritu fuerte, hay santos que solo comían las hostias. Los ayunos de 40 días... el espíritu es muy importante. No pudimos buscar al padre, no pude hablarle, estaría buenísimo que pase, pedirle. Vino las veces que se lo llamó. Sería ideal pasar por la sala, acompañar al paciente incluso sin necesitar la extrema unción.

 10:24 ¶ 6 Juan Carlos

El que define en qué momento vas a partir es el de arriba. Sucederá cuando deba ser, nosotros no sabemos cuándo y no podemos decidir eso. Si el paciente no cree en Dios, bueno, pero yo sí, le digo y trato de que entienda mi posición, y se lo digo igual. Es fundamental. Desde el punto de vista seguiré haciendo todo lo que este en mi alcance. La razón es que crees. Si la familia es conflictiva el desafío es aún mayor. Hay algo que trasciende el actuar médico.

Emociones: Impacto emocional

 8:3 ¶ 5 Eugenio

Una de las cosas que me marcó fue una vez en la guardia, llegó un chico tras un accidente de tránsito, todo el cráneo abierto, con mucha pérdida de sangre, al borde de la muerte. Decidí no dejarlo, le hice todo tipo de reanimaciones hasta que lo pasamos al quirófano. Gracias a Dios estaba el neurocirujano. Lo operaron. Pasó el tiempo y estando yo en el hospital. De casualidad me toca ver a una paciente, mientras le preguntaba qué le pasaba, me dijo que estaba mal porque en la sala de hombres estaba su hijo, le dije que yo iría a verlo y le traería noticias de la sala del lado, que no se preocupara, yo no sabía que el chico que había llegado a aquella guardia era el hijo de ella, y ahí estaba, era él. Lo supe cuando me acerqué y me di cuenta de que era el mismo que yo había llevado a quirófano desde la guardia y aún luchaba por su vida. ¡Fue tan difícil comunicar! Con la paciente, con el chico, fue un impacto. Pasó el tiempo, yo estaba más preocupado. Hasta que un día, estando yo en el consultorio viene esta señora con un chico, se acerca y me dice: Gracias doctor, si usted no hubiera hecho lo que hizo, hoy mi hijo no estaría acá conmigo. Y era tanta la sensación de verlo a él que estaba bien, vivo, caminando, hablando... Esa sensación de haber reaccionado, abandonando otras cosas en una guardia, pero viendo más allá en el accionar para salvarlo me marcó.

Emociones: Emoción positiva

 16:1 ¶ 2 Oscar

Empatía es por ejemplo lo que hicimos con un paciente que estaba sin silla de ruedas y no podía salir del cuarto. Nosotros nos dijimos bueno, vamos a buscarlo y lo fuimos a buscar para que viniera a festejar con nosotros el encuentro de navidad. Eso fue muy emotivo. Al año siguiente pudo venir sin la silla, caminando con la ayuda de un bastón y estuvo muy feliz de compartir la reunión con nosotros. ¿Sirve como definición? Es fundamental para trabajar cada día.

Emociones: Fortaleza emocional

 10:21 ¶ 4 Juan Carlos

Como gestiona sus propias emociones, ¿cómo descargo? ¿Como me arreglo? Si me toca una situación apremiante soy el tipo más frío. Para no ponerse nervioso, no dudar no equivocarse. Actuar frente a los que se presenta que está perdido, tartar de recuperarlo y ser el tipo más frío. No paralizarse. En silencio, actuando con convicción y determinación, un tempaño de hielo. Fuerte.

Emociones: Distanciamiento emocional

 19:12 ¶ 2 Raúl

Si trasladas la parte afectiva al paciente, no podrás hacer esta especialidad porque el porcentaje de fallecimientos es alto, y los pacientes son todos graves. No hay nadie por salvarse. Hay que dejar de lado la parte afectiva. Hay veces que no se puede, que te llega más. ¿Un ejempló? No recuerdo, tarto de irme y olvidarme. No tengo un recurso particular tengo claro que este es mi trabajo. Y lo único que tenés que hacer, porque no somos el dueño de su vida ni de su muerte, irte tranquilo que hiciste todo lo que el paciente necesitaba y todo lo mejor que podías, todo lo que sabías, todo lo que se merece, vos le brindas a todos lo mismo, según la particularidad también...Entorno de la familia, la intensidad del dolor que reviste se puede dimensionar, gestionar? Las rtas son distintas en una misma familia, podes darte cuenta cuanto afligida esta y cuantas rtas distintas: un hijo que la tiene re clara, que no sufre y otro que te pide que se vaya con vida. No todos responden igual. El paciente en terapia por ejemplo no te lo expresa, trabajan más con al flia.

Emociones: Fatiga del cuidador

 7:6 ¶ 5 Eduardo

Me interesa que el paciente vea que estoy ahí, a pesar de todo. Que sienta que la lucho con él. Es una situación en donde la disponibilidad debe garantizarse. Mi familia me ayuda, mis amigos, te diría que el trabajo del equipo fuera de la sala también, porque compartimos un tercer tiempo, decimos siempre y nos fortalece saber que no estamos solos, aunque debo ser pesimista, muchas veces creo que sí, que estamos solos en este hospital... es tan importante descansar un poco... la silla de ruedas le hace daño... hay que conseguir otra y yo recuerdo a los que juntan tapitas para el Garrahan, y la verdad no les creo nada, no creo que eso alcance para mucho... yo he respondido que voy a brindar todo lo necesario para que no quieran morirse, a veces cambian. Yo creo que la eutanasia la piden por

cansancio, y yo les respondo que yo no me voy a cansar... y sin embargo te aseguro que no doy más, pero bueno avanzo, yo soy el que está bien, sano, se supone, se espera de mí... Si optimizamos la atención, podrían no solicitar la eutanasia...no pueden percibir que nos cansamos de ellos, porque aparte no es así, pero es muy fácil que esa sea la creencia que sostienen si nuestra respuesta no se vuelve comprensiva y empática. No me han pedido la eutanasia, pero no la doy. Es ilegal diría. Por suerte no me ha pasado, sería difícil enfrentarlo, decirle que no, pero lo haría. La respuesta es no. Lo que sí me paso que un paciente en un mismo día quiso morir o seguir viviendo varias veces.

Emociones: Procesamiento emocional

 9:7 ¶ 7 Fernando

Como gestionar las propias emociones: yo antes de morir mi papa era muy duro, no sé si por esta actividad o qué, pero era muy duro, después, me ablande, dando informes es muy difícil, se me llenan los ojos de lágrimas, el mundo lo ve débil, es mucho mejor eso, a que tengas corazón de piedad, eso no es una ventaja, me di cuenta de que estaba haciendo cualquier cosa. Mi padre tenía Alzheimer. Su muerte me hizo girar mi forma de ver todo. Toda la culpa con la que me quedé no podía pensar, no podía trabajar, sentía que no había tomado buenas decisiones, vi que era cosa no andaba pero me dormí en actuar, en tomar responsabilidades, soy médico. Estaba implicado, después esas decisiones no las toma uno, Dios te da la claridad y la guía para tomar buenas decisiones y no malas, por ej., dejarlo que le hagan eso, que lo hubiera sacado de ahí y lo hubiera trasladado. Esto no fue de un día para otro. Mi padre murió y estuve dos meses sin dormir, sentía que me acusaban de las opciones que tomé. Ahora eso lo resuelvo en mis pacientes, ya no me dé entiendo, me hago cargo, no miro para otro lado. Como si pudiera reparar algo. Acá no podés vivir con medio tanque lleno porque esto te fulmina, debes tener el espíritu arriba, si estas de capa caída te fulmina cabeza y corazón. Yo estuve destruido, no pude atender correctamente, lloraba estaba deprimido, muy muy triste.

Emociones: Sufrimiento

 17:9 ¶ 9 Patricia

El sufrimiento insoportable, intolerable no justifican la eutanasia. Es verdad que hay una fragilidad progresiva, te diría en nosotros también, si casi estamos tan inmersos en las evoluciones en las progresiones, pero hay que ponerse a pensar muy seriamente cómo aliviar el sufrimiento porque no vamos a poder eliminarlo A mi parecer existe un resguardo legal en torno al tema. No sé si responde solo a una minoría. Cualquier médico que se precie de querer hacer las cosas bien, sabe que esa es la situación.

Emociones: Desesperación

 15:2 ¶ 3 Nicolás

Ejemplos de la práctica... te cuento de Marita que decía que quería morir porque molestaba... llevó tanto tiempo demostrarle lo contrario... yo estaba desesperado porque los días pasaban y no sucedía nada, no podíamos hacer que suceda algo que le demostrase lo contrario, que

valía la pena atravesar estos momentos, sufrientes sí, pero que había allí un sentido, que a alguien más le importaba lo que sucedía con su estado de salud y que no era desde la molestia...me encontré buscando ayuda en muchos lugares impensados, yo también necesitaba los resultados, era una cuestión muy personal, me di cuenta que me estaba haciendo mal, embarcarme así en una búsqueda de soluciones que a veces no estaban tan cerca, que se trataba de darse cuenta del límite y que había que aceptarlo.

Emociones: Estrés / Sobrecarga emocional



9:7 ¶ 7 Fernando

Como gestionar las propias emociones: yo antes de morir mi papa era muy duro, no sé si por esta actividad o qué, pero era muy duro, después, me ablande, dando informes es muy difícil, se me llenan los ojos de lágrimas, el mundo lo ve débil, es mucho mejor eso, a que tengas corazón de piedad, eso no es una ventaja, me di cuenta de que estaba haciendo cualquier cosa. Mi padre tenía Alzheimer. Su muerte me hizo girar mi forma de ver todo. Toda la culpa con la que me quedé no podía pensar, no podía trabajar, sentía que no había tomado buenas decisiones, vi que era cosa no andaba pero me dormí en actuar, en tomar responsabilidades, soy médico. Estaba implicado, después esas decisiones no las toma uno, Dios te da la claridad y la guía para tomar buenas decisiones y no malas, por ej., dejarlo que le hagan eso, que lo hubiera sacado de ahí y lo hubiera trasladado. Esto no fue de un día para otro. Mi padre murió y estuve dos meses sin dormir, sentía que me acusaban de las opciones que tomé. Ahora eso lo resuelvo en mis pacientes, ya no me dé entiendo, me hago cargo, no miro para otro lado. Como si pudiera reparar algo. Acá no podés vivir con medio tanque lleno porque esto te fulmina, debes tener el espíritu arriba, si estas de capa caída te fulmina cabeza y corazón. Yo estuve destruido, no pude atender correctamente, lloraba estaba deprimido, muy muy triste.

Emociones: Tristeza



7:2 ¶ 3 Eduardo

Hablamos entre nosotros, es muy intenso o frecuente el sufrimiento de los pacientes en las fases avanzadas, se controlan de modo habitual los síntomas, pero cada uno es distinto, y no todos actuamos igual. Trabajamos la practica con los residentes, y trasmitimos nuestra idea de cómo debe realizarse la tarea. ¿Es frecuente que rechacen los tratamientos? No podría decirlo así, creo que la situación por la que atraviesa podría generarlo, creo que si le ofreces alternativas no rechazan, suelen aceptarlos, confían en nosotros te digo, aparte algunos vienen en las últimas, ya sin pretensiones. Decisiones que tomamos día a día, podría decir, Que grado de sedación debe instaurarse, si el paciente lo pide, si es suficiente; solemos discutir sobre que gravedad esperamos que tenga para ofrecer sedación, y sobre qué haríamos si la rechaza, porque decidir solos es difícil y no somos de hierro, nos causan mucha tristeza nuestros pacientes, yo a veces los veo tristes, esa es la palabra, que hay que combatir, porque si estas triste no quieres hacer nada y nuestros enfermos necesitan, no podemos estar tristes les digo, y dale, salimos de esta, y va a estar bien, a veces creo que nos mentimos para aliviarnos, es difícil, a todos nos involucra a pensar en cosas nuestras, hay que ser profesional, sino, que hacemos acá.

 9:3 ¶ 4 Fernando

Ellos por la tristeza, no tienen muchas ganas de interactuar, hay que hacer un esfuerzo para poder intervenir, es importante hacer el esfuerzo salir de lo técnico, no ser tan automáticos, muchas veces se hace eso, pasamos y seguimos de largo sin interactuar tanto. Eso te salva de implicarse... mejor, así hago rápido, así no me duele tanto estar ahí. Muchos piensan que al estar intubados son pacientes más fáciles, porque no hablan, no hay que hacer el intento, salen del entorno. La percepción del dolor ajeno constituye parte en la RMP, es primordial. Es lo más difícil la percepción porque encierra tener amor, hay que trabajar mucho para no endurecerse, hay que ser más amoroso te diría, un corazón blando hay que buscar. No un corazón duro.

 11:3 ¶ 3 Juan Pablo

La relación médico paciente es un matrimonio pero de a tres: el paciente, el médico y la familia, un poco difícil... las emociones propias, que me llevo yo... está mal... a mí se me han caído lágrimas delante del paciente, lágrimas de dolor, de tristeza de impotencia, no sé si está bien o mal, me ha tocado con pacientes muy jóvenes que sabes que se van a morir, que ellos saben que se van a morir, hace poco un paciente joven con cáncer de testículo donde su hijo se estaba yendo de viaje de egresados a Bariloche, el hijo no quería viajar porque su papa se moría que seguramente se iba a morir mientras él estaba de viaje y su papa no se quería morir porque su hijo estaba en Bariloche para que no se sienta culpable, tuve que sedarlo mientras el chico estaba en Bariloche y estirar la agonía para ver que llegara vivo el padre al regreso del hijo para que este no se sintiera culpable de haberse ido. Mi primer paciente de paliativos fue una nena de 14 años, donde la nena me enseñó tantas cosas, era un adulto.

 11:4 ¶ 3 Juan Pablo

Se me han caído lágrimas, he puteado de la impotencia, he echado gente de mi lado que pretendió consolarme, vos viniste a buscar otra cosa que yo no te la puedo dar, he dicho, hasta acá sí, hasta acá no, Después te vas fortaleciendo y pareces frontalizado en las decisiones para que la emoción no te gane, no se cobrar, por eso soy pobre, reprimo mucho las emociones, si me preguntan cuanto tiempo me queda, no hay que mentir, no sabemos cuánto queda, no lo sabemos, otra respuesta suele ser, todos nos vamos a morir, te preguntan por qué a mí, y yo pienso porque no? Los médicos cubrimos al psicólogo, porque llegamos antes... un psicólogo filtraría si la relación va a ser permeable, si el paciente va a querer aceptar o no los tratamientos. Me han pedido la eutanasia, si, muchas veces, mi postura no la dire. Nunca dije sí. En pacientes terminales, en pacientes sanos o depresivos, no te voy a decir que opino. No es un problema hablar de eutanasia en el equipo médico, me pasa que la muerte no me da miedo, no me preocupa, pero si la transición, como llegas, en qué condiciones llega el paciente.

Emociones: Sobrecarga emocional

 20:2 ¶ 3 Rubén

Está muy incorporada la idea de que si el medico no cura no sirve, eso nos enoja, no entienden o no saben, hablan sin conocer lo que hacemos acá... que la medicina tiene que ser para curar. Si te cuento... lidiar con lo triste de saber que avanzaremos poco... o que la esperanza nos será de poco tiempo, que tarde o temprano tendremos que afrontar que el paciente se muera, y lo peor es que el paciente no está ausente, a veces, sí, pero cuando saben o cuando registran lo que sucede, lo que va a pasar o te preguntan, y con nuestros pacientes, tenemos que desarmar esa idea de que no hay nada para hacer. Y siempre tener presente que mientras haya vida, hay muchísimo por hacer. Hay una mirada, una escucha, una palabra para generar bienestar. Curar no es el único objetivo de la medicina. Pero somos exitistas, nos quedamos con que solo sirve lo que cura y nos olvidamos del 90% de las situaciones de la medicina que pasan por aliviar, acompañar y estar.

Emociones: Frustración



7:4 ¶ 4 Eduardo

Poco podemos hacer, pero igual no es excusa, eh, no es excusa, hay que trabajar con lo que tenemos, es difícil y eso causa rabia, enojo, Impotencia también y es muy doloroso, a veces los pacientes se nos mueren y sabemos que fue causa de falta de accesibilidad y recursos, sabemos que si hubiera estado en otro lado... no sé cómo denunciar eso, lidiamos con eso, apena, causa tristeza.



15:4 ¶ 3 Nicolás

Se puede hablar libremente, pero hay mucho por aclarar al respecto, las situaciones de muerte abundan y la empatía no debe abrumar. En primer lugar hay que escuchar que es lo que está pasando con el equipo médico en su conjunto, también por supuesto con el paciente y su familia, los abordajes no pueden ser individualizados, deben contemplar un equipo tratante y un paciente en su entorno. Son el eje de la decisión. Evaluar sus condiciones psíquicas, que no tenga patología que le produzca perdida del juicio, que esté en condiciones de decidir, que decida desde la lucidez, que sus decisiones no vayan en contra de salvar su vida o de querer perderla. Trabajar con la propia frustración medica al no poder hacer eso para lo cual hemos sido formados, que es salvar vidas. No hay ley por suerte y eso nos pone a salvo. El compromiso es altísimo. Si es ilegal ya respondimos creo.



20:2 ¶ 3 Rubén

Está muy incorporada la idea de que si el medico no cura no sirve, eso nos enoja, no entienden o no saben, hablan sin conocer lo que hacemos acá... que la medicina tiene que ser para curar. Si te cuento... lidiar con lo triste de saber que avanzaremos poco... o que la esperanza nos será de poco tiempo, que tarde o temprano tendremos que afrontar que el paciente se muera, y lo peor es que el paciente no está ausente, a veces, sí, pero cuando saben o cuando registran lo que sucede, lo que va a pasar o te preguntan, y con nuestros pacientes, tenemos que desarmar esa idea de que no hay nada para hacer. Y siempre tener presente que mientras haya vida, hay muchísimo por hacer. Hay una mirada, una escucha, una palabra para generar bienestar. Curar no es el único objetivo de la medicina. Pero somos exitistas, nos quedamos con que solo sirve lo que cura y nos olvidamos del 90% de las situaciones de la medicina que pasan por aliviar, acompañar y estar.

Emociones: Negación de las emociones



11:4 ¶ 3 Juan Pablo

Se me han caído lágrimas, he puteado de la impotencia, he echado gente de mi lado que pretendió consolarme, vos viniste a buscar otra cosa que yo no te la puedo dar, he dicho, hasta acá sí, hasta acá no, Después te vas fortaleciendo y pareces frontalizado en las decisiones para que la emoción no te gane, no se cobrar, por eso soy pobre, reprimo mucho las emociones, si me preguntan cuanto tiempo me queda , no hay que mentir, no sabemos cuánto queda, no lo sabemos, otra respuesta suele ser, todos nos vamos a morir, te preguntan por qué a mí, y yo pienso porque no? Los médicos cubrimos al psicólogo, porque llegamos antes... un psicólogo filtraría si la relación va a ser permeable, si el paciente va a querer aceptar o no los tratamientos. Me han pedido la eutanasia, si, muchas veces, mi postura no la dire. Nunca dije sí. En pacientes terminales, en pacientes sanos o depresivos, no te voy a decir que opino. No es un problema hablar de eutanasia en el equipo médico, me pasa que la muerte no me da miedo, no me preocupa, pero si la transición, como llegas, en qué condiciones llega el paciente.

Emociones: Riesgos de la falta o exceso de empatía



15:1 ¶ 2 Nicolás

La empatía es ponerse en el lugar del otro. En la práctica no sería relevante porque yo trabajo desde un posicionamiento profesional que no tiene que ver con ponerme en el lugar del otro. En la práctica hay que tener una cierta cuota de empatía seguramente, pero hay que poderla medir, ni la falta total de empatía de no conmoverse por lo que el ocurre al paciente ni un exceso de empatía, identificarse al paciente obstaculiza el trabajo. Hay ventajas en el ser empático, por ejemplo para el despliegue de la buena relación médico paciente que es una de las principales causas de protección para juicios de responsabilidad medica... Bueno, bueno, muy pesimista estoy... jaja

Emociones: Satisfacción personal



10:17 ¶ 2 Juan Carlos

Define empatía: ponerse en el lugar del otro. El concepto me parece vital para la práctica médica, primero por la capacidad de ser útil y ponerse en el lugar del otro porque si vos te capacitas para tratar de ir progresando y mejorando, porque te gustaría que hagan lo mismo si estuvieras en ese lugar, no podés predicar algo de lo que careces. Es fundamental. Siempre me pongo en el lugar de mi paciente, lo tomo y me gustan los pacientes críticos, pero lo tomo como un desafío personal y profesional. No por el ego, sino porque además de medico ser humano. Yo creo que Dios está. A veces hay cosas que decís, no puede ser como hice, hay una fuerza sobrenatural que te guía, pero vos también tienes que esforzarte sino y la pregunta sería muy simple, y por qué Dios no ayuda a todos? Primero persona antes que médico. Existen ventajas en ser empático. Lo fundamental seria la satisfacción personal, el ser humano, lo importante es el bienestar y el equilibrio armónico que tenés

vos al ponerte en el lugar del otro, porque todos somos iguales. La diferencia estriba en ser mejor ser humano.

Emociones: Acompañamiento emocional



16:3 ¶ 4 Oscar

Entonces al afrontamiento del diagnóstico, el pronóstico y la finitud no la vemos solo desde la salud mental, los vemos todos. Se detectan a veces situaciones en donde más allá del acompañamiento y del equipo, hay más cosas que los pacientes necesitaban. Me acuerdo de dos pacientes –una de ellas ya no está– a las cuales les dijimos que íbamos a atender a un consultorio y llegamos y nos quedamos ahí, al lado de la cama, para que no fuera más incómodo aún, se generó una química muy especial, porque le estábamos brindando mucho afecto. Hoy, rememorando esas imágenes, aunque ella ya no esté, el dolor está presente, pero también la satisfacción de habernos divertido y reírnos mucho. Todos son encuentros verdaderamente humanos. Pero nos pasa que los otros integrantes de la familia también terminan conociéndonos, y después de un tiempo te los encontras por los pasillos y te dicen ustedes atendieron a mi padre o nos acompañaron con tal situación. Terminamos todos hermanados.

Emociones: Crecimiento personal



8:4 ¶ 5 Eugenio

De ahí pasé a UTI, no podría estar en otro lugar del hospital, siento que algo se aviva en cada situación que enfrentamos donde se juega salvar la vida de un paciente. Millones de emociones, pero creo que salimos adelante, mejoramos un montón, crecimos, aprendimos a tomar decisiones con más calma, aprendimos a regularnos si estamos tristes, y hablamos de la muerte todo el tiempo y eso obliga a salir de acá, volver a casa y resetear, buscar en nuestras vidas lo que nos alivia para volver a cuidarlos al día siguiente. Es muy enriquecedor compartirlo, hace bien. ¿Qué debe tener un médico para atender en zonas críticas? Sobre todo, calidad humana, tiene que entender que debe dar soluciones y poseer mucha vocación, que es fundamental, porque así se pueden conseguir las cosas, aunque no se las tenga, se las consigue. Y la fe en Dios, que te marca. Y una de estas circunstancias era la mano de Dios.

Emociones: Aislamiento/Soledad



19:14 ¶ 4 Raúl

Algún caso aislado, que la flia solicita que no lo pasen a terapia. La rta es nosotros no le sacamos el respirador a nadie. Lo que hacemos es medir si el tratamiento es el adecuado, si no se excede. ¿Cómodo con el tema? Sin problemas. No nos afecta. No me dice nada. Ni cómodo ni incomodo, no me dice nada. No me afecta que me lo pidan. Especialidad: probé y me gustó. En el examen de la residencia. No estaba muy convencido. No sabía que iba a ser terapeuta. Surgido al terminar la facultad y me preguntaba para que especialidad eligiese. La decisión no se decir. No soy pediatra porque no puedo escuchar a chicos llorar. Trabajar en final de vida es crítico, pero llevar bolsas

en el puerto también es crítico y duro. Yo no soy el dueño de la vida de los pacientes, dando informes... yo me voy a casa y lo único que tengo que hacer, me voy tranquilo, a veces me preocupo de que no evoluciona, que no se el diagnostico, pero si no les mentí, si les dije la verdad, si hice todo lo que se podía. Todos decidimos hacer una medida, y se hizo, este es mi laburo, Lo hice que me pareció que tenía que brindar al paciente. Yo no tengo la culpa. Es difícil, pero es mi función. Uno está más en contacto con la muerte que el resto. Nadie le da bola al médico. Acá en todo el invierno no hay agua caliente, hay mucha decadencia en el hospital público el tarto al médico. Mirar al médico no estaría mal. Estamos solos. Nadie se interesa por nosotros. La relación MP. es muy limitada.

Emociones: Necesidad de conexión emocional



9:3 ¶ 4 Fernando

Ellos por la tristeza, no tienen muchas ganas de interactuar, hay que hacer un esfuerzo para poder intervenir, es importante hacer el esfuerzo salir de lo técnico, no ser tan automáticos, muchas veces se hace eso, pasamos y seguimos de largo sin interactuar tanto. Eso te salva de implicarse... mejor, así hago rápido, así no me duele tanto estar ahí. Muchos piensan que al estar intubados son paciente s más fáciles, porque no hablan, no hay que hacer el intento, salen del entorno. La percepción del dolor ajeno constituye parte en la RMP, es primordial. Es lo más difícil la percepción porque encierra tener amor, hay que trabajar mucho para no endurecerse, hay que ser más amoroso te diría, un corazón blando hay que buscar. No un corazón duro.

Emociones: Sufrimiento psíquico



10:23 ¶ 6 Juan Carlos

Sufrimiento psíquico no es posible determinar porque los pacientes no se expresan tanto, no abren su dilema, es difícil está relacionado con lo cultural, que cuenta que dice de lo que piensa y siente, y se quedan siempre en lo fundamental, si tienen un cierto nivel de estudio podrías profundizar y vislumbrar. Rechazar el tratamiento, suele pasar y eso es adherencia, no vuelven. no quieren luchar más, ya saben que se terminó, lo rechazan porque claudican, los factores que lo rodean, variables multicausales de la adherencia, lo dejan sin perspectiva, sin largo o mediano plazo y se dice para que voy a seguir haciendo? Me han pedido la eutanasia, unas 7 o 10 veces, la Rta siempre fue clara, que no. No hay legislación para eso. Una mujer me pido que lo desconecte, sra yo no soy quién para decidir sobre la vida de los demás, si quiere hágalo ud, ud podría' y la mujer fue y lo desconecto. La miré y lo volví a conectar y le dije: no es así. No se puede hacer esto. Lo piden los familiares, los pacientes no lo piden, no me ha pasado, siempre son quienes lo rodean, A quienes es hablar con la familia, hay que hablar con la familia. Con el entorno y explicar, transmitir, enseñar. empatía con el familiar también. ¿Piden desconectarse porque saben que ya no hay más nada y no creen y si se va a morir para que voy a seguir haciendo? Pretender abreviar, no prolongar la agonía. El Dr. le contesta que no, Nosotros luchamos para salvar vidas.



13:3 ¶ 3 Maribel

Situación vida o muerte, me pasó una viejita, cuya familia no quería métodos invasivos, la señora no podía emitir ninguna palabra, el trabajo de acompañamiento era con la familia, esa familia, pese a seguir su voluntad de la señora, la culpa los siguió durante toda la internación de la señora, hasta que la paciente falleció. Acompañar a la familia es relevante. La situación de etapa terminal, la realidad es la evaluación del paciente, si puede dar cuenta de cómo lo quiere transitar esos últimos momentos de la vida, determinar alguna escala para medir el sufrimiento psíquico, probablemente exista y la tendría que buscar, sí me pasa a mí en la práctica diaria, después de un tiempo en este servicio, uno se da cuenta cuando el familiar simula, lo que te da el terreno es que te puedes dar cuenta por la mirada por los gestos, todo, incluso una persona quebrada en llanto puede estar simulando, obviamente de todo se deja registro y las impresiones que uno tiene, pero es difícil cuando el profesional no tiene tanta experiencia es como que invierte un tiempo que realmente en definitiva sé que no va a llegar a nada esa intervención, porque el paciente o la familia ya decidió.

Emociones: Apoyo emocional



9:2 ¶ 3 Fernando

Actuar empáticamente: si están conscientes, yo les hablo, les minimizo la enfermedad, les digo que falta poco, que va a salir, que tenga fe, la parte anímica es importante tenerlos arriba a los pacientes aunque a veces no sea tan real, darles ánimo, esperanza. La ruta que obtengo, a veces están enojados, no están bien anímicamente, tristes, hablan poco. La diferencia entre dolor y sufrimiento que aborda esa tristeza, la significación de la enfermedad, del futuro, muchas veces el digo que están bien, un poco mejor de lo que están...



12:2 ¶ 2 Juan

Siempre desde chica oía hablar de cirugía y el mejor trato oncológico, pero se perdían de vista muchos elementos que esa paciente se fue sin preguntar y toda la vida arrastro sin saber que podría vivir de una mejor manera, hablo de gestionar calidad de vida, desde el consejo, desde la formación del médico, desde la apertura mental, porque el médico tiene que abrir la cabeza, estar abierto a un montón de otras circunstancias y meterse dentro de la vida del paciente, preguntar cosas que nunca ha preguntado, escuchamos como algunos cirujanos empezaron a decir que algo desde las emociones podría provocar el cáncer, una, escucharlos que esa pequeña idea haya penetrado en el genoma de esta gente toda poderosa pueda pensar en penetrar en los sentimientos, para mí es la llave de cualquier cosa, podemos entrar a las emociones de un paciente desde nuestras propias emociones, conectar con su realidad para ayudarlo, salir de la sobre medicalización, dando a entender como prolongar la vida.



17:10 ¶ 10 Patricia

Si nos piden adelantar la muerte, detenerse a responder siempre, no podés irte de ahí, en silencio, sin explicar. Hay que quedarse, ver por qué lo dice y a veces hay que explorarlo, si tiene un mutismo, esta triste o hay un bloqueo, le pregunto que le preocupa, en que puedo ayudarlo, y a veces no saben que decirme, porque nadie pregunta eso. Que le preocupa sí saben decirlo, muchas veces

es los otros: su pareja, su flia, sus hijos. Qué quiere decir que quiere morir, en definitiva. Nos pasa, sí. Esta el equipo interdisciplinario que suele intervenir de lleno, y ahí nos respaldamos, siempre la interconsulta, solos no.

Emociones: Sensación de desamparo

 8:1 ¶ 2 Eugenio

Tener empatía es muy importante para poder atender bien a los pacientes. Es la forma de entablar una buena relación médico paciente. Y eso es importante porque a partir de ahí salen los éxitos o los fracasos en el tratamiento. Que el paciente confíe, que se quiera quedar en el hospital, que cumpla las indicaciones, va a depender de como yo lo trate, y para eso si no me pongo en su lugar, corro el riesgo de dar puras indicaciones como si fueran ordenes, A veces es importante dar órdenes, pero la mayoría de las veces la indicación debe consensuarse, así sale mejor. Si es un sentimiento, sería la tristeza. Me apena pensar que se sienten desamparados. Quisiera remediarles esa sensación y hago lo mejor posible mientras estoy en la sala para que eso no ocurra, entonces es hablar, preguntarles, llamarlos si duermen, recordarles cosas, y así, como si fuera un familiar.

Emociones: Emoción

 17:8 ¶ 8 Patricia

Trabajamos con situaciones de dolor y sufrimiento que se perciben como amenaza. El paciente lo siente como propio como único y va a ser muy diferente según el momento en que transite su enfermedad.

Emociones: Sentido de pertenencia

 11:1 ¶ 2 Juan Pablo

Ser empático, si no tenés la familia, no podés trabajar. Después es full time, uno después se enamora de esta especialidad es gratificante y te da muchas cosas buenas.

Emociones: Medición de la empatía

 15:1 ¶ 2 Nicolás

La empatía es ponerse en el lugar del otro. En la práctica no sería relevante porque yo trabajo desde un posicionamiento profesional que no tiene que ver con ponerme en el lugar del otro. En la práctica hay que tener una cierta cuota de empatía seguramente, pero hay que poderla medir, ni la falta total de empatía de no conmoverse por lo que el ocurre al paciente ni un exceso de empatía, identificarse al paciente obstaculiza el trabajo. Hay ventajas en el ser empático, por ejemplo para el despliegue de la buena relación médico paciente que es una de las principales causas de protección para juicios de responsabilidad medica... Bueno, bueno, muy pesimista estoy... jaja

Emociones: Dificultad para la empatía

 9:3 ¶ 4 Fernando

Ellos por la tristeza, no tienen muchas ganas de interactuar, hay que hacer un esfuerzo para poder intervenir, es importante hacer el esfuerzo salir de lo técnico, no ser tan automáticos, muchas veces se hace eso, pasamos y seguimos de largo sin interactuar tanto. Eso te salva de implicarse... mejor, así hago rápido, así no me duele tanto estar ahí. Muchos piensan que al estar intubados son pacientes más fáciles, porque no hablan, no hay que hacer el intento, salen del entorno. La percepción del dolor ajeno constituye parte en la RMP, es primordial. Es lo más difícil la percepción porque encierra tener amor, hay que trabajar mucho para no endurecerse, hay que ser más amoroso te diría, un corazón blando hay que buscar. No un corazón duro.

Emociones: Aislamiento emocional

 9:3 ¶ 4 Fernando

Ellos por la tristeza, no tienen muchas ganas de interactuar, hay que hacer un esfuerzo para poder intervenir, es importante hacer el esfuerzo salir de lo técnico, no ser tan automáticos, muchas veces se hace eso, pasamos y seguimos de largo sin interactuar tanto. Eso te salva de implicarse... mejor, así hago rápido, así no me duele tanto estar ahí. Muchos piensan que al estar intubados son pacientes más fáciles, porque no hablan, no hay que hacer el intento, salen del entorno. La percepción del dolor ajeno constituye parte en la RMP, es primordial. Es lo más difícil la percepción porque encierra tener amor, hay que trabajar mucho para no endurecerse, hay que ser más amoroso te diría, un corazón blando hay que buscar. No un corazón duro.

Emociones: Sentido de la realización

 5:2 ¶ 2 Carolina

Si le pones mucha energía, al final del día, sentís que te vaciaste, quedas como agotado, pero pienso que valió la pena, porque le hiciste un bien a la persona, si lograste una sonrisa, es lo que te reconforta de la atención médica, no es solo el acto médico, sino el decir yo hice algo por esta persona a lo mejor necesitaba que la escucharan, y bueno y valió la pena, cansarse, en el fondeo reconforta si fue con ese objetivo.

Emociones: Dolor emocional

 7:4 ¶ 4 Eduardo

Poco podemos hacer, pero igual no es excusa, eh, no es excusa, hay que trabajar con lo que tenemos, es difícil y eso causa rabia, enojo, Impotencia también y es muy doloroso, a veces los pacientes se nos mueren y sabemos que fue causa de falta de accesibilidad y recursos, sabemos que si hubiera estado en otro lado... no sé cómo denunciar eso, lidiamos con eso, apena, causa tristeza.

 11:3 ¶ 3 Juan Pablo

La relación médico paciente es un matrimonio pero de a tres: el paciente, el médico y la familia, un poco difícil... las emociones propias, que me llevo yo... está mal... a mí se me han caído lagrimas delante del paciente, lágrimas de dolor, de tristeza de impotencia, no sé si está bien o mal, me ha tocado con pacientes muy jóvenes que sabes que se van a morir, que ellos saben que se van a morir, hace poco un paciente joven con cáncer de testículo donde su hijo se estaba yendo de viaje de egresados a Bariloche, el hijo no quería viajar porque su papa se moría que seguramente se iba a morir mientras él estaba de viaje y su papa no se quería morir porque su hijo estaba en Bariloche para que no se sienta culpable, tuve que sedarlo mientras el chico estaba en Bariloche y estirar la agonía para ver que llegara vivo el padre al regreso del hijo para que este no se sintiera culpable de haberse ido. Mi primer paciente de paliativos fue una nena de 14 años, donde la nena me enseñó tantas cosas, era un adulto.

TOMA DE DECISIONES

Decisiones éticas

Aspectos éticos / Codificación inicial

Decisiones éticas: Ambivalencia



9:5 ¶ 5 Fernando

La familia va... algunos se niegan, o piensan que no es necesario. Hemos pensado, pero no lo hice.

Decisiones éticas: Cuestionamiento de paradigmas



2:1 ¶ 2 Alberto

La medicina entra en la posmodernidad, se crearon dos especialidades impensadas: paliativos y medicina Gral. Medicina Gral. es un concepto que plantea ocuparse de lo esencial, lo básico, es decir de lo que dejó la medicina de ocuparse, paliativos, se ocupa de la necesidad de acompañar a los pacientes a la muerte, es decir se dejó la medicina de ocuparse. No le agreguemos más teoría, sino práctica. Tenemos la obligación de leer a Kant, pero no hace falta nombrar a Kant para hablar de esto. Lo que no debemos hacer es seguir generalizando particularidades. Se toma una particularidad de una sociedad y después se la generaliza, no nos damos cuenta de que es en ese lugar en esa comunidad, nosotros podemos tener otra realidad, no puedo universalizar las respuestas. El colonizarse mentalmente, pensar con la mente del otro mi realidad, cuando mi realidad puede pensar se distinto. Mirar mi realidad con mi propia mente. No sirve leer los papers, África, Francia, Universalizar los problemas sin visión crítica. No sirve. ¿Esto me brinda elementos valiosos para mi paciente? ¿O lo fuerzo? Soportar el que dijeran que hacemos cirugía en menos. Menos que lo que el paciente necesitaba, sin embargo, cuando se te ocurre alguna modificación, alguna decisión, lo universalizable rige y envía el mandato de cambiar, no es mi decisión sino al del consenso, el paciente tampoco. ¿Cuántas ecografías son necesarias para que un embarazo evolucione normalmente?

Decisiones éticas: Ambigüedad



7:7 ¶ 5 Eduardo

Te lo dicen, sí, pero puede referirse a muchas cosas, no siempre es ahora, ya.

Decisiones éticas: Dilema ético



5:5 ¶ 5 Carolina

Eutanasia: en ese tema no puedo juzgar, es algo que yo no haría, que no me gustaría pero no puedo juzgar a quien decide tomar una medida así, no ayudaría. Es muy difícil, nunca lo pensé va en contra de la formación cristiana, a mí me gusta respetar a la persona, y no es algo que me le pondría en contar, trataría de tomar en consideración la decisión de la persona, pero no podría participar de eso, no puedo juzgar. Tengo ese reparo, a esa persona algo le está pasando, quien soy yo para decidir por la vida o por la muerte de esa persona, si está en sus facultades, no podría juzgar.

Decisiones éticas: Perspectiva



19:11 ¶ 2 Raúl

...Empatía... no se decir con exactitud. Estar parado frente a una situación, como actuar, estar convencido, tener simpatía por el otro. empatía y decisión al trabajar, conforme con una situación. Es relevante para la práctica, no sé qué sería para el otro, no uso con frecuencia el término. Sentir como lo sentiría el otro. Saber cómo sentiría ante una situación determinada. La práctica médica es diferente según el paciente, es amplio pensar en qué situación está un clínico, un terapeuta, un pediatra. Trabajo en privado, y suelo ponerme en el lugar del paciente, por ejemplo cuando se trata de un chico muy joven en donde el revuelo es siempre muy muy grande, con la familia, distinto que cuando es un viejito por ej. uno asiste a todos los pacientes igual pero no es lo mismo asistir a un paciente de 20 años que a uno de 90. Estas distinto frente a la muerte Eso te para distinto. La diferencia es la perspectiva de la calidad de vida que lo espera a la salida d de la situación crítica, o en la fase terminal de la enfermedad. Te pones en el lugar del que la expectativa de vida es más favorable. No podemos implicarnos. Porque después que te vas del hospital tu vida debe continuar, no podrías vivir tu vida si te implicas. Si buscas un vínculo, la relación con el paciente es muy limitada. Lo vas a ver poco, casi no habla, lo ves pocas veces aun si haces guardia, en su vida solo será el poco tiempo que tenemos para verlo y atenderlo. ¿Que nos pasa?

Decisiones éticas: Cambio de perspectiva



9:7 ¶ 7 Fernando

Como gestionar las propias emociones: yo antes de morir mi papa era muy duro, no sé si por esta actividad o qué, pero era muy duro, después, me ablande, dando informes es muy difícil, se me llenan los ojos de lágrimas, el mundo lo ve débil, es mucho mejor eso, a que tengas corazón de piedad, eso no es una ventaja, me di cuenta de que estaba haciendo cualquier cosa. Mi padre tenía Alzheimer.

Su muerte me hizo girar mi forma de ver todo. Toda la culpa con la que me quedé no podía pensar, no podía trabajar, sentía que no había tomado buenas decisiones, vi que era cosa no andaba pero me dormí en actuar, en tomar responsabilidades, soy médico. Estaba implicado, después esas decisiones no las toma uno, Dios te da la claridad y la guía para tomar buenas decisiones y no malas, por ej., dejarlo que le hagan eso, que lo hubiera sacado de ahí y lo hubiera trasladado. Esto no fue de un día para otro. Mi padre murió y estuve dos meses sin dormir, sentía que me acusaban de las opciones que tomé. Ahora eso lo resuelvo en mis pacientes, ya no me dé entiendo, me hago cargo, no miro para otro lado. Como si pudiera reparar algo. Acá no podés vivir con medio tanque lleno porque esto te fulmina, debes tener el espíritu arriba, si estas de capa caída te fulmina cabeza y corazón. Yo estuve destruido, no pude atender correctamente, lloraba estaba deprimido, muy muy triste.

Decisiones éticas: Toma de decisiones



5:7 ¶ 7 Carolina

empatía y eutanasia, toma de decisión: ponerme en el lugar del otro para poder comprender por qué toma esa decisión y desde ahí, bueno no juzgar por que lo hace, porque lo pide. La empatía ayudaría a acompañar la decisión, pero no la teñiría, no alcanza a empatizar para cambiar la postura al respecto, buscaría ayuda en otro profesional, le recomendaría seguir hablando de eso, le diría que comprendo, pero le daría mis razones, le pediría que me escuche.



13:3 ¶ 3 Maribel

Situación vida o muerte, me pasó una viejita, cuya familia no quería métodos invasivos, la señora no podía emitir ninguna palabra, el trabajo de acompañamiento era con la familia, esa familia, pese a seguir su voluntad de la señora, la culpa los siguió durante toda la internación de la señora, hasta que la paciente falleció. Acompañar a la familia es relevante. La situación de etapa terminal, la realidad es la evaluación del paciente, si puede dar cuenta de cómo lo quiere transitar esos últimos momentos de la vida, determinar alguna escala para medir el sufrimiento psíquico, probablemente exista y la tendría que buscar, sí me pasa a mí en la práctica diaria, después de un tiempo en este servicio, uno se da cuenta cuando el familiar simula, lo que te da el terreno es que te puedes dar cuenta por la mirada por los gestos, todo, incluso una persona quebrada en llanto puede estar simulando, obviamente de todo se deja registro y las impresiones que uno tiene, pero es difícil cuando el profesional no tiene tanta experiencia es como que invierte un tiempo que realmente en definitiva sé que no va a llegar a nada esa intervención, porque el paciente o la familia ya decidió.



15:4 ¶ 3 Nicolás

Se puede hablar libremente, pero hay mucho por aclarar al respecto, las situaciones de muerte abundan y la empatía no debe abrumar. En primer lugar hay que escuchar que es lo que está pasando con el equipo médico en su conjunto, también por supuesto con el paciente y su familia, los abordajes no pueden ser individualizados, deben contemplar un equipo tratante y un paciente en su entorno. Son el eje de la decisión. Evaluar sus condiciones psíquicas, que no tenga patología que le produzca pérdida del juicio, que esté en condiciones de decidir, que decida desde la lucidez, que sus decisiones

no vayan en contra de salvar su vida o de querer perderla. Trabajar con la propia frustración medica al no poder hacer eso para lo cual hemos sido formados, que es salvar vidas. No hay ley por suerte y eso nos pone a salvo. El compromiso es altísimo. Si es ilegal ya respondimos creo.

Decisiones éticas: Cuestiones éticas

 17:9 ¶ 9 Patricia

El sufrimiento insoportable, intolerable no justifican la eutanasia. Es verdad que hay una fragilidad progresiva, te diría en nosotros también, si casi estamos tan inmersos en las evoluciones en las progresiones, pero hay que ponerse a pensar muy seriamente cómo aliviar el sufrimiento porque no vamos a poder eliminarlo. A mi parecer existe un resguardo legal en torno al tema. No sé si responde solo a una minoría. Cualquier médico que se precie de querer hacer las cosas bien, sabe que esa es la situación.

Decisiones éticas: Indecisión

 9:5 ¶ 5 Fernando

La familia va... algunos se niegan, o piensan que no es necesario. Hemos pensado, pero no lo hice.

Decisiones éticas: Discusión de decisiones

 7:2 ¶ 3 Eduardo

Hablamos entre nosotros, es muy intenso o frecuente el sufrimiento de los pacientes en las fases avanzadas, se controlan de modo habitual los síntomas, pero cada uno es distinto, y no todos actuamos igual. Trabajamos la practica con los residentes, y trasmitimos nuestra idea de cómo debe realizarse la tarea. ¿Es frecuente que rechacen los tratamientos? No podría decirlo así, creo que la situación por la que atraviesa podría generarlo, creo que si le ofreces alternativas no rechazan, suelen aceptarlos, confían en nosotros te digo, aparte algunos vienen en las últimas, ya sin pretensiones. Decisiones que tomamos día a día, podría decir, Que grado de sedación debe instaurarse, si el paciente lo pide, si es suficiente; solemos discutir sobre que gravedad esperamos que tenga para ofrecer sedación, y sobre qué haríamos si la rechaza, porque decidir solos es difícil y no somos de hierro, nos causan mucha tristeza nuestros pacientes, yo a veces los veo tristes, esa es la palabra, que hay que combatir, porque si estas triste no quieres hacer nada y nuestros enfermos necesitan, no podemos estar tristes les digo, y dale, salimos de esta, y va a estar bien, a veces creo que nos mentimos para aliviarnos, es difícil, a todos nos involucra a pensar en cosas nuestras, hay que ser profesional, sino, que hacemos acá.

Decisiones éticas: Decisiones difíciles

 13:5 ¶ 3 Maribel

Si me pide que le dé algo que me mate, una inyección, algo, cortarle el soporte, con respecto a la sedación, no es lo mismo que eutanasia, organizar el acto, no sé, la pregunta es qué hay que hacer...la vida del paciente a veces explica por qué no quiere seguir, colaborar para respetar su voluntad no puede dejar de lado mi creencia. A la eutanasia no habría que ir, me encuentro con la realidad, en el camino de la empatía, me puedo encontrar con esa dificultad para decidir plenamente, podría estar teñido. Ahora es tan habitual, que cada vez cuesta menos hablar de eso, ya hemos crecido al respecto, aprendimos a respetar que a lo mejor no tiene más ganas. Separar como el profesional medico no debe teñir con su subjetividad, la decisión. Como acompañar en el final de vida es igual a todo momento. No es posible mirarlo desde la vida propia, la limitación en la argentina para avanzar es la ley.

Decisiones éticas: Dificultad de tomar decisiones



7:2 ¶ 3 Eduardo

Hablamos entre nosotros, es muy intenso o frecuente el sufrimiento de los pacientes en las fases avanzadas, se controlan de modo habitual los síntomas, pero cada uno es distinto, y no todos actuamos igual. Trabajamos la practica con los residentes, y trasmitimos nuestra idea de cómo debe realizarse la tarea. ¿Es frecuente que rechacen los tratamientos? No podría decirlo así, creo que la situación por la que atraviesa podría generarlo, creo que si le ofreces alternativas no rechazan, suelen aceptarlos, confían en nosotros te digo, aparte algunos vienen en las últimas, ya sin pretensiones. Decisiones que tomamos día a día, podría decir, Que grado de sedación debe instaurarse, si el paciente lo pide, si es suficiente; solemos discutir sobre que gravedad esperamos que tenga para ofrecer sedación, y sobre qué haríamos si la rechaza, porque decidir solos es difícil y no somos de hierro, nos causan mucha tristeza nuestros pacientes, yo a veces los veo tristes, esa es la palabra, que hay que combatir, porque si estas triste no quieres hacer nada y nuestros enfermos necesitan, no podemos estar tristes les digo, y dale, salimos de esta, y va a estar bien, a veces creo que nos mentimos para aliviarnos, es difícil, a todos nos involucra a pensar en cosas nuestras, hay que ser profesional, sino, que hacemos acá.

Decisiones éticas: Creencias religiosas



9:6 ¶ 6 Fernando

El cuerpo se divide cuerpo mente y espíritu, este último es la fuerte que gobierna a los otros dos, si vos tenés el espíritu fuerte, hay santos que solo comían las hostias. Los ayunos de 40 días... el espíritu es muy importante. No pudimos buscar al padre, no pude hablarle, estaría buenísimo que pase, pedirle. Vino las veces que se lo llamó. Sería ideal pasar por la sala, acompañar al paciente incluso sin necesitar la extrema unción.

Decisiones éticas: Bioética



4:2 ¶ 2 Antonio

Los CP inicialmente se aplicaban en oncología, yo en el hospital trato de aplicarlo cada vez más a la geriatría, argentina es el segundo país de Sudamérica más envejecido, no tenemos infraestructura, estructura económica, políticas de intervención para la población envejecida que tenemos, por eso es fundamental aplicar los CP en todos los procesos neurodegenerativos, procesos patológicos o fisiológico también, las demencias superan estadísticamente al cáncer. ¿Cada vez se vive más, pero cada vez se vive mejor? Quiero mencionar dos aspectos fundamentales de los CP, es muy enriquecedor en lo espiritual, en lo moral y en lo ético, y en lo legal. CP trabaja de la mano del derecho ley 26742, art 11, ley del Derecho del paciente, HC y CI, las directivas anticipadas en el art 11, hay cuatro principios bioéticos, autonomía es respetar la decisión del paciente por sobre todas las cosas siempre y cuando no impliquen prácticas eutanásicas, por eso, hay que trabajar muchísimo con las directivas anticipadas, respetar la decisión del enfermo y en base a eso programar sus últimos días de vida; el otro tema la eutanasia, da para días de debate. ¿Alguien desea morir mal? No, desde el pto de vista etimológico, estamos muy bien, ahora está la ley mal llamada, ley de muerte digna, donde el espíritu es acompañar sin adelantar ni retrasar. Acompañar, hay que recordar que cuando uno jura el JH, si lo leemos, dice a nadie daré una droga para terminar con su vida o consejos para tal fin.

 15:4 ¶ 3 Nicolás

Se puede hablar libremente, pero hay mucho por aclarar al respecto, las situaciones de muerte abundan y la empatía no debe abrumar. En primer lugar hay que escuchar que es lo que está pasando con el equipo médico en su conjunto, también por supuesto con el paciente y su familia, los abordajes no pueden ser individualizados, deben contemplar un equipo tratante y un paciente en su entorno. Son el eje de la decisión. Evaluar sus condiciones psíquicas, que no tenga patología que le produzca pérdida del juicio, que esté en condiciones de decidir, que decida desde la lucidez, que sus decisiones no vayan en contra de salvar su vida o de querer perderla. Trabajar con la propia frustración médica al no poder hacer eso para lo cual hemos sido formados, que es salvar vidas. No hay ley por suerte y eso nos pone a salvo. El compromiso es altísimo. Si es ilegal ya respondimos creo.

Decisiones éticas: Filosofía de vida

 9:6 ¶ 6 Fernando

El cuerpo se divide cuerpo mente y espíritu, este último es la fuerte que gobierna a los otros dos, si vos tenés el espíritu fuerte, hay santos que solo comían las hostias. Los ayunos de 40 días... el espíritu es muy importante. No pudimos buscar al padre, no pude hablarle, estaría buenísimo que pase, pedirle. Vino las veces que se lo llamó. Sería ideal pasar por la sala, acompañar al paciente incluso sin necesitar la extrema unción.

Muerte y eutanasia

Adecuación terapéutica / Codificación inicial

Muerte y eutanasia: Concepto de muerte como proceso natural

 17:6 ¶ 6 Patricia

Digo que no y listo. No explico mucho. No es legal la eutanasia, y ayudar a que se termine, seria pensar en colaborar a eso, pero de forma solapada, sabemos que hay quienes adhieren. Yo no, prefiero tener en cuenta la muerte como un proceso natural, digo siempre que trabajemos para ensanchar la vida, no adelantar no retrasar la muerte. Usar las herramientas justas. Para mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, son un bloque. En estas situaciones es una gran ventaja cuando la atención es temprana, claro, me refiero a que el paciente tenga la oportunidad de que la derivación todavía permita mejorar, hablamos de las posibilidades de la supervivencia, ganamos su confianza lo preparamos para el deterioro.

Muerte y eutanasia: Opinión sobre eutanasia



19:13 ¶ 3 Raúl

No me han pedido mucho, te lo piden (eutanasia) pero piden mas no prolongar agonía, nadie te pide mátilo. Es común, sucede que no quieren que sea desproporcionado, que se muera ahora, no.

Muerte y eutanasia: Punto de vista en contra de la eutanasia



17:6 ¶ 6 Patricia

Digo que no y listo. No explico mucho. No es legal la eutanasia, y ayudar a que se termine, seria pensar en colaborar a eso, pero de forma solapada, sabemos que hay quienes adhieren. Yo no, prefiero tener en cuenta la muerte como un proceso natural, digo siempre que trabajemos para ensanchar la vida, no adelantar no retrasar la muerte. Usar las herramientas justas. Para mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, son un bloque. En estas situaciones es una gran ventaja cuando la atención es temprana, claro, me refiero a que el paciente tenga la oportunidad de que la derivación todavía permita mejorar, hablamos de las posibilidades de la supervivencia, ganamos su confianza lo preparamos para el deterioro.

Muerte y eutanasia: Miedo a la transición



11:4 ¶ 3 Juan Pablo

Se me han caído lágrimas, he puteado de la impotencia, he echado gente de mi lado que pretendió consolarme, vos viniste a buscar otra cosa que yo no te la puedo dar, he dicho, hasta acá sí, hasta acá no, Después te vas fortaleciendo y pareces frontalizado en las decisiones para que la emoción no te gane, no se cobrar, por eso soy pobre, reprimo mucho las emociones, si me preguntan cuanto tiempo me queda , no hay que mentir, no sabemos cuánto queda, no lo sabemos, otra respuesta suele ser, todos nos vamos a morir, te preguntan por qué a mí, y yo pienso porque no? Los médicos cubrimos al psicólogo, porque llegamos antes... un psicólogo filtraría si la relación va a ser permeable, si el paciente va a querer aceptar o no los tratamientos. Me han pedido la eutanasia, si, muchas veces, mi postura no la dire. Nunca dije sí. En pacientes terminales, en pacientes sanos o depresivos, no te voy a decir que opino. No es un problema hablar de eutanasia en el equipo médico, me pasa que la muerte no me da miedo, no me preocupa, pero si la transición, como llegas, en qué condiciones llega el paciente.

Muerte y eutanasia: Solicitud de eutanasia o muerte asistida



10:23 ¶ 6 Juan Carlos

Sufrimiento psíquico no es posible determinar porque los pacientes no se expresan tanto, no abren su dilema, es difícil está relacionado con lo cultural, que cuenta que dice de lo que piensa y siente, y se quedan siempre en lo fundamental, si tienen un cierto nivel de estudio podrías profundizar y vislumbrar. Rechazar el tratamiento, suele pasar y eso es adherencia, no vuelven. no quieren luchar más, ya saben que se terminó, lo rechazan porque claudican, los factores que lo rodean, variables multicausales de la adherencia, lo dejan sin perspectiva, sin largo o mediano plazo y se dice para que voy a seguir haciendo? Me han pedido la eutanasia, unas 7 o 10 veces, la Rta siempre fue clara, que no. No hay legislación para eso. Una mujer me pide que lo desconecte, sra yo no soy quién para decidir sobre la vida de los demás, si quiere hágalo ud, ud podría' y la mujer fue y lo desconecto. La miré y lo volví a conectar y le dije: no es así. No se puede hacer esto. Lo piden los familiares, los pacientes no lo piden, no me ha pasado, siempre son quienes lo rodean, A quienes es hablar con la familia, hay que hablar con la familia. Con el entorno y explicar, transmitir, enseñar. empatía con el familiar también. ¿Piden desconectarse porque saben que ya no hay más nada y no creen y si se va a morir para que voy a seguir haciendo? Pretender abreviar, no prolongar la agonía. El Dr. le contesta que no, Nosotros luchamos para salvar vidas.

Muerte y eutanasia: Miedo a la muerte



11:5 ¶ 3 Juan Pablo

Miedo a que se me muera, más allá del egoísmo, no ser egoísta es muy difícil, de la eutanasia, muerte digna, está todo muy finito, que es la autonomía del paciente, que es la muerte digna, hay un montón de cosas que recién comienzan a manifestarse, la argentina no está preparada para esas cosas, posturas de los equipos médicos, si te obligan a hacer algo como profesional si no estás de acuerdo, si una ley te obliga, es muy personal, no pueden obligarte a hacer lo que no quieres, en contra de, la respuesta podría ser distinta, habría que contextualizarla... hablar de eso, acompañar, la sedación te lleva a la muerte, no estoy a favor de la eutanasia, eso es un suicidio asistido, no me uses para eso. Los procedimientos deben evaluarse. La eutanasia no es un tratamiento.

Muerte y eutanasia: Ideación de suicidio



7:8 ¶ 6 Eduardo

Creo que querer morirse es antinatural, yo siempre les digo que les mando al psicólogo y me hago el alarmado, aunque quizá comprenda que yo también querría morirme. y entonces hago lo que quisiera que hicieran conmigo. Poner morfina no tiene techo decían en una clase... hay que saber entenderlo, no tomarlo al pie de la letra...no tengan miedo a la morfina, muchos no saben cómo se usa, creo que debe saber cómo administrarla. Sino cambiá de médico. Si el equipo no está ayudando... y están todos muy alarmados o preocupados... a veces no tengo más remedio. hay que tener un motivo

para seguir adelante. Si mi paciente está bien cuidado no tendría que querer morirse. Y los cuidados son de todo: la flia, costos, ambiente, etc.

Muerte y eutanasia: Negación de la muerte

 10:23 ¶ 6 Juan Carlos

Sufrimiento psíquico no es posible determinar porque los pacientes no se expresan tanto, no abren su dilema, es difícil está relacionado con lo cultural, que cuenta que dice de lo que piensa y siente, y se quedan siempre en lo fundamental, si tienen un cierto nivel de estudio podrías profundizar y vislumbrar. Rechazar el tratamiento, suele pasar y eso es adherencia, no vuelven. no quieren luchar más, ya saben que se terminó, lo rechazan porque claudican, los factores que lo rodean, variables multicausales de la adherencia, lo dejan sin perspectiva, sin largo o mediano plazo y se dice para que voy a seguir haciendo? Me han pedido la eutanasia, unas 7 o 10 veces, la Rta siempre fue clara, que no. No hay legislación para eso. Una mujer me pido que lo desconecte, sra yo no soy quién para decidir sobre la vida de los demás, si quiere hágalo ud, ud podría' y la mujer fue y lo desconecto. La miré y lo volví a conectar y le dije: no es así. No se puede hacer esto. Lo piden los familiares, los pacientes no lo piden, no me ha pasado, siempre son quienes lo rodean, A quienes es hablar con la familia, hay que hablar con la familia. Con el entorno y explicar, transmitir, enseñar. empatía con el familiar también. ¿Piden desconectarse porque saben que ya no hay más nada y no creen y si se va a morir para que voy a seguir haciendo? Pretender abreviar, no prolongar la agonía. El Dr. le contesta que no, Nosotros luchamos para salvar vidas.

Muerte y eutanasia: Eutanasia (oposición)

 6:2 ¶ 3 Cristian

(...) La mirada. Mirar a la persona y no a la enfermedad y, en base a eso, armar una estrategia de cuidado para mejorar la calidad de vida. Hay que desestructurarse y poder mirar a la persona enferma, dejar un poco de mirar sólo la enfermedad, los resultados son muy gratificantes, porque nosotros también somos personas que sufrimos, también nos duele, es muy feo que creas que vas a superar todo solo por ser médico, no, eso no. Ponernos con el paciente, con nombre y apellido, con historia clínica, sí, pero bajar lo más posible lo técnico y hacerlo más cercano, tenemos la posibilidad de hacerlo y en equipo, lo que aliviana cualquier dificultad. Cuando aparece la idea de que será mejor morir, trato de preguntarme qué pasa por su cabeza. Trato de ver y escuchar que es un pedido de ayuda, de que se acabe el sufrir, no ser una carga, preservar su autonomía, vivir pero así no. La clave es atender las alarmas. Mi respuesta a cualquier atisbo de eutanasia, si surge en el paciente, si surge en el equipo, es decir no.

Muerte y eutanasia: Facilidad al hablar de eutanasia

 5:6 ¶ 6 Carolina

Puedo hablar de eutanasia, pero no se da tanto. Podría hablar libremente de esto. ¡No me genera trauma Habló mucho!

Muerte y eutanasia: Interés en eutanasia

 5:6 ¶ 6 Carolina

Puedo hablar de eutanasia, pero no se da tanto. Podría hablar libremente de esto. ¡No me genera trauma Habló mucho!

Muerte y eutanasia: Postura reservada con respecto a la eutanasia

 11:4 ¶ 3 Juan Pablo

Se me han caído lágrimas, he puteado de la impotencia, he echado gente de mi lado que pretendió consolarme, vos viniste a buscar otra cosa que yo no te la puedo dar, he dicho, hasta acá sí, hasta acá no, Después te vas fortaleciendo y pareces frontalizado en las decisiones para que la emoción no te gane, no se cobrar, por eso soy pobre, reprimo mucho las emociones, si me preguntan cuanto tiempo me queda , no hay que mentir, no sabemos cuánto queda, no lo sabemos, otra respuesta suele ser, todos nos vamos a morir, te preguntan por qué a mí, y yo pienso porque no? Los médicos cubrimos al psicólogo, porque llegamos antes... un psicólogo filtraría si la relación va a ser permeable, si el paciente va a querer aceptar o no los tratamientos. Me han pedido la eutanasia, si, muchas veces, mi postura no la dire. Nunca dije sí. En pacientes terminales, en pacientes sanos o depresivos, no te voy a decir que opino. No es un problema hablar de eutanasia en el equipo médico, me pasa que la muerte no me da miedo, no me preocupa, pero si la transición, como llegas, en qué condiciones llega el paciente.

Muerte y eutanasia: Muerte digna

 11:5 ¶ 3 Juan Pablo

Miedo a que se me muera, más allá del egoísmo, no ser egoísta es muy difícil, de la eutanasia, muerte digna, está todo muy finito, que es la autonomía del paciente, que es la muerte digna, hay un montón de cosas que recién comienzan a manifestarse, la argentina no está preparada para esas cosas, posturas de los equipo médicos, si te obligan a hacer algo como profesional si no estás de acuerdo, si una ley te obliga, es muy personal, no pueden obligarte a hacer lo que no quieres, en contra de, la respuesta podría ser distinta, habría que contextualizarla... hablar de eso, acompañar, la sedación te lleva a la muerte, no estoy a favor de la eutanasia, eso es un suicidio asistido, no me uses para eso. Los procedimientos deben evaluarse. La eutanasia no es un tratamiento.

Muerte y eutanasia: Familia y actitud frente a la muerte

 10:23 ¶ 6 Juan Carlos

Sufrimiento psíquico no es posible determinar porque los pacientes no se expresan tanto, no abren su dilema, es difícil está relacionado con lo cultural, que cuenta que dice de lo que piensa y siente, y se quedan siempre en lo fundamental, si tienen un cierto nivel de estudio podrías profundizar y vislumbrar. Rechazar el tratamiento, suele pasar y eso es adherencia, no vuelven. no quieren

luchar más, ya saben que se terminó, lo rechazan porque claudican, los factores que lo rodean, variables multicausales de la adherencia, lo dejan sin perspectiva, sin largo o mediano plazo y se dice para que voy a seguir haciendo? Me han pedido la eutanasia, unas 7 o 10 veces, la Rta siempre fue clara, que no. No hay legislación para eso. Una mujer me pido que lo desconecte, sra yo no soy quién para decidir sobre la vida de los demás, si quiere hágalo ud, ud podría' y la mujer fue y lo desconecto. La miré y lo volví a conectar y le dije: no es así. No se puede hacer esto. Lo piden los familiares, los pacientes no lo piden, no me ha pasado, siempre son quienes lo rodean, A quienes es hablar con la familia, hay que hablar con la familia. Con el entorno y explicar, transmitir, enseñar. empatía con el familiar también. ¿Piden desconectarse porque saben que ya no hay más nada y no creen y si se va a morir para que voy a seguir haciendo? Pretender abreviar, no prolongar la agonía. El Dr. le contesta que no, Nosotros luchamos para salvar vidas.

Muerte y eutanasia: Muerte



6:3 ¶ 3 Cristian

Aparte es ilegal, con eso ya hay un porcentaje de acción completado, pero lo ms importante es no dejar pasar el momento, porque el paciente lo pensó, eso es lo más importante, está bien, no hay eutanasia, no ayudamos a morir, pero hay opciones a considerar con los familiares a veces, que rozan el tema, nos preguntas porque no quieren que sufran por demás, o no quieren que le hagamos nada más invasivo, que se vaya en paz y en el momento justo, sin forzar nada, sería, hablamos de muerte, son decisiones muy fuertes y nos llaman siempre a eso, se espera de nosotros una respuesta que no podemos negar, nos piden consejo, pero lo fuerte es saber que muchos nos escuchan y harían lo que ordenemos, solo porque somos el médico, cuidado ahí. La cuestión, es cómo aportar para que el paciente no pase del pensamiento de morir al pedido de eutanasia. Fácil: desde cada uno que inicia en el tratamiento, es nuestra presencia. Estar presentes. Al lado del paciente, verlo y tocarlo. Que vea que no está desamparado que alguien está pendiente de él, al familiar, igual, acompañar hasta el final, no buscar una situación ajena al entorno del enfermo. Compartir los cuidados con el entorno. Estar disponible para el paciente. No caer en un pacto de silencio: cuando no sabe lo que está pasando, el paciente no puede proyectar el final, lo deja fuera, si el paciente no sabe que le pasa, no es parte del proceso y hace todo muy traumático. ¿En serio seguimos pensando en el papel de la empatía?



9:8 ¶ 7 Fernando

Levante la guardia cuando pienso en Dios, levantar el corazón, nunca había decaído así, te sirve no negar, pero es mejor si te interesa hacer un servicio, si te informas cómo hacer para mejorar, si podés ofrecer algo distinto. A veces les digo de rezar el rosario y se les pasa. Son herramientas útiles...poderosas. Eso me hace bien a mí también, es una experiencia de vida, puede aplicar para consolar a mi paciente. Cuando podar iba con el celular y hacíamos todo por la camarita, la unción con el cura guiando, los familiares, las conversaciones, en el tiempo de los aislados sirvió de mucho, las rtas eran positivas, las familias a veces no entienden y ahí hay que acordar, te preguntan, que me dice, a pesar del momento limite, a veces eso hace de empujón. Rechazar un tratamiento, más bien piden no maniobras invasivas, no avanzar, no le prolonguemos la agonía. Si tiene cáncer avanzado no hay

que avanzar, hay que dejarlo, pasar a paliativos. Frente a enfermedades respiratorias, a veces hay que informar que no conviene avanzar. Distinto a decir eutanasia. Una vez que lo pusiste no se lo retira, solo ante la muerte cerebral, después de. La gente pide eutanasia porque no sabe que no se puede hacer. Nosotros no hacemos eso. Aclaremos y listo, explicamos que hay que esperar, que eso no se hace, hubo pacientes que surgió la duda en la familia. Lo aclaramos, no tenemos diferencias, coincidimos en que no. algún inescrupuloso que lo haga, yo no lo he visto aquí. Sería salir de las normas.

 11:4 ¶ 3 Juan Pablo

Se me han caído lágrimas, he puteado de la impotencia, he echado gente de mi lado que pretendió consolarme, vos viniste a buscar otra cosa que yo no te la puedo dar, he dicho, hasta acá sí, hasta acá no, Después te vas fortaleciendo y pareces frontalizado en las decisiones para que la emoción no te gane, no se cobrar, por eso soy pobre, reprimo mucho las emociones, si me preguntan cuanto tiempo me queda , no hay que mentir, no sabemos cuánto queda, no lo sabemos, otra respuesta suele ser, todos nos vamos a morir, te preguntan por qué a mí, y yo pienso porque no? Los médicos cubrimos al psicólogo, porque llegamos antes... un psicólogo filtraría si la relación va a ser permeable, si el paciente va a querer aceptar o no los tratamientos. Me han pedido la eutanasia, si, muchas veces, mi postura no la dire. Nunca dije sí. En pacientes terminales, en pacientes sanos o depresivos, no te voy a decir que opino. No es un problema hablar de eutanasia en el equipo médico, me pasa que la muerte no me da miedo, no me preocupa, pero si la transición, como llegas, en qué condiciones llega el paciente.

 15:4 ¶ 3 Nicolás

Se puede hablar libremente, pero hay mucho por aclarar al respecto, las situaciones de muerte abundan y la empatía no debe abrumar. En primer lugar hay que escuchar que es lo que está pasando con el equipo médico en su conjunto, también por supuesto con el paciente y su familia, los abordajes no pueden ser individualizados, deben contemplar un equipo tratante y un paciente en su entorno. Son el eje de la decisión. Evaluar sus condiciones psíquicas, que no tenga patología que le produzca perdida del juicio, que esté en condiciones de decidir, que decida desde la lucidez, que sus decisiones no vayan en contra de salvar su vida o de querer perderla. Trabajar con la propia frustración medica al no poder hacer eso para lo cual hemos sido formados, que es salvar vidas. No hay ley por suerte y eso nos pone a salvo. El compromiso es altísimo. Si es ilegal ya respondimos creo.

 17:10 ¶ 10 Patricia

Si nos piden adelantar la muerte, detenerse a responder siempre, no podés irte de ahí, en silencio, sin explicar. Hay que quedarse, ver por qué lo dice y a veces hay que explorarlo, si tiene un mutismo, esta triste o hay un bloqueo, le pregunto que le preocupa, en que puedo ayudarlo, y a veces no saben que decirme, porque nadie pregunta eso. Que le preocupa sí saben decirlo, muchas veces es los otros: su pareja, su flia, sus hijos. Qué quiere decir que quiere morir, en definitiva. Nos pasa, sí.

Esta el equipo interdisciplinario que suele intervenir de lleno, y ahí nos respaldamos, siempre la interconsulta, solos no.

 19:11 ¶ 2 Raúl

...Empatía... no se decir con exactitud. Estar parado frente a una situación, como actuar, estar convencido, tener simpatía por el otro. empatía y decisión al trabajar, conforme con una situación. Es relevante para la práctica, no sé qué sería para el otro, no uso con frecuencia el término. Sentir como lo sentiría el otro. Saber cómo sentiría ante una situación determinada. La práctica médica es diferente según el paciente, es amplio pensar en qué situación está un clínico, un terapeuta, un pediatra. Trabajo en privado, y suelo ponerme en el lugar del paciente, por ejemplo cuando se trata de un chico muy joven en donde el revuelo es siempre muy muy grande, con la familia, distinto que cuando es un viejito por ej. uno asiste a todos los pacientes igual pero no es lo mismo asistir a un paciente de 20 años que a uno de 90. Estas distinto frente a la muerte Eso te para distinto. La diferencia es la perspectiva de la calidad de vida que lo espera a la salida d de la situación crítica, o en la fase terminal de la enfermedad. Te pones en el lugar del que la expectativa de vida es más favorable. No podemos implicarnos. Porque después que te vas del hospital tu vida debe continuar, no podrías vivir tu vida si te implicas. Si buscas un vínculo, la relación con el paciente es muy limitada. Lo vas a ver poco, casi no habla, lo ves pocas veces aun si haces guardia, en su vida solo será el poco tiempo que tenemos para verlo y atenderlo. ¿Que nos pasa?

Muerte y eutanasia: Preparación para el deterioro

 17:6 ¶ 6 Patricia

Digo que no y listo. No explico mucho. No es legal la eutanasia, y ayudar a que se termine, seria pensar en colaborar a eso, pero de forma solapada, sabemos que hay quienes adhieren. Yo no, prefiero tener en cuenta la muerte como un proceso natural, digo siempre que trabajemos para ensanchar la vida, no adelantar no retrasar la muerte. Usar las herramientas justas. Para mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, son un bloque. En estas situaciones es una gran ventaja cuando la atención es temprana, claro, me refiero a que el paciente tenga la oportunidad de que la derivación todavía permita mejorar, hablamos de las posibilidades de la supervivencia, ganamos su confianza lo preparamos para el deterioro.

Muerte y eutanasia: Respeto a la vida

 5:5 ¶ 5 Carolina

Eutanasia: en ese tema no puedo juzgar, es algo que yo no haría, que no me gustaría pero no puedo juzgar a quien decide tomar una medida así, no ayudaría. Es muy difícil, nunca lo pensé va en contra de la formación cristiana, a mí me gusta respetar a la persona, y no es algo que me le pondría en contar, trataría de tomar en consideración la decisión de la persona, pero no podría participar de eso, no puedo juzgar. Tengo ese reparo, a esa persona algo le está pasando, quien soy yo para decidir por la vida o por la muerte de esa persona, si está en sus facultades, no podría juzgar.

Muerte y eutanasia: Preocupación por la muerte



16:2 ¶ 4 Oscar

Creo que el deseo de morir no es lo mismo que pedir eutanasia. El deseo de morir es un proceso: empieza en el pensamiento, uno ve que está muy mal y la evolución de la enfermedad piensa, si esto se acabar yo dejo de sufrir, ese pensamiento se va volviendo deseo, va ideando, mostrando intenciones hasta que actúa, esa acción es la eutanasia. Hay una pérdida del sentido del sufrimiento (físicos o psíquicos) Ese dolor desarma su vida y no tiene sentido vivir. La idea es como intervenimos en ese proceso. un abuelo venia con su hija y con su mujer. Explicó que le pasaba, ajustamos el tratamiento, no estaba mal, no estaba descontrolado, al terminar pregunta: puedo pedir la eutanasia? No quería molestar más, no quería ser la carga para su familia. Podemos hablar libremente de la muerte. El paciente suele no saber, sus familiares te piden no le digan, y entonces no le informan bien, si al paciente lo exploras, y te dice que le preocupa la muerte, le da miedo la muerte, y ahí estaría la clave, abordar el tema, poder hablar de eso, es la muerte o el sufrimiento de la muerte? Si va a estar solo, que pueda saber quién lo va a atender, quien va a estar ahí. Una de las cosas que más se trabaja es en el afrontamiento del diagnóstico, del pronóstico, la finitud. Y poder integrar, no solo quedarnos con que nos pasa algo físico o algo emocional, también nos pasa el espíritu, va todo junto. Ahí es cuando no hacemos muchas diferencias entre nuestras especialidades.

Enfermedad y atención médica

Codificación inicial / Cuidados Paliativos

Enfermedad y atención médica: Equipo médico



15:4 ¶ 3 Nicolás

Se puede hablar libremente, pero hay mucho por aclarar al respecto, las situaciones de muerte abundan y la empatía no debe abrumar. En primer lugar hay que escuchar que es lo que está pasando con el equipo médico en su conjunto, también por supuesto con el paciente y su familia, los abordajes no pueden ser individualizados, deben contemplar un equipo tratante y un paciente en su entorno. Son el eje de la decisión. Evaluar sus condiciones psíquicas, que no tenga patología que le produzca perdida del juicio, que esté en condiciones de decidir, que decida desde la lucidez, que sus decisiones no vayan en contra de salvar su vida o de querer perderla. Trabajar con la propia frustración medica al no poder hacer eso para lo cual hemos sido formados, que es salvar vidas. No hay ley por suerte y eso nos pone a salvo. El compromiso es altísimo. Si es ilegal ya respondimos creo.

Enfermedad y atención médica: Enfermedad



17:8 ¶ 8 Patricia

Trabajamos con situaciones de dolor y sufrimiento que se perciben como amenaza. El paciente lo siente como propio como único y va a ser muy diferente según el momento en que transite su enfermedad.

Enfermedad y atención médica: Cuestiones médicas



2:2 ¶ 2 Alberto

¡Yo les pregunto a mis residentes, y me lo contestan! Algo falló, lo mismo sucede como catalogamos los distintos servicios en cuanto a la incidencia de la tasa de mortalidad. No se nos ocurre pensarlo en el final de vida, Se vive trágicamente, sin entender que es parte de la vida. Hablar de esto, lo necesitamos. Lo que se atiende es gente, que le pasan cosas, en un momento determinado se le atraviesa la enfermedad, que es la otra cuestión, nosotros creemos que la enfermedad es una constante, en realidad la gente vive su vida y se enferma de repente, cuando nos pasa nosotros nos damos cuenta. No sabemos cuándo y cómo arreglar las cosas, las situaciones, no pensamos en el otro hasta que no nos pasa. Verlo en lo práctico, No se puede explicar el CI en lo abstracto, ese proceso tenía que estar antes. Es para el abogado... pero es otra cosa, el instrumento legal es la consecuencia del proceso del consentimiento, si yo tengo un formulario de CI es porque pude informarle a mi paciente, el proceso es importante, sino es mentira. Falseo la verdad. No supe hacer la práctica.

Enfermedad y atención médica: Prescripción abusiva de analgésicos



7:8 ¶ 6 Eduardo

Creo que querer morirse es antinatural, yo siempre les digo que les mando al psicólogo y me hago el alarmado, aunque quizá comprenda que yo también querría morirme. y entonces hago lo que quisiera que hicieran conmigo. Poner morfina no tiene techo decían en una clase... hay que saber entenderlo, no tomarlo al pie de la letra...no tengan miedo a la morfina, muchos no saben cómo se usa, creo que debe saber cómo administrarla. Sino cambiá de médico. Si el equipo no está ayudando... y están todos muy alarmados o preocupados... a veces no tengo más remedio. hay que tener un motivo para seguir adelante. Si mi paciente está bien cuidado no tendría que querer morirse. Y los cuidados son de todo: la flia, costos, ambiente, etc.

Enfermedad y atención médica: Sufrimiento en la enfermedad



16:2 ¶ 4 Oscar

Creo que el deseo de morir no es lo mismo que pedir eutanasia. El deseo de morir es un proceso: empieza en el pensamiento, uno ve que está muy mal y la evolución de la enfermedad piensa, si esto se acabar yo dejo de sufrir, ese pensamiento se va volviendo deseo, va ideando, mostrando intenciones hasta que actúa, esa acción es la eutanasia. Hay una pérdida del sentido del sufrimiento (físicos o psíquicos) Ese dolor desarma su vida y no tiene sentido vivir. La idea es como intervenimos en ese proceso. un abuelo venia con su hija y con su mujer. Explicó que le pasaba, ajustamos el tratamiento, no estaba mal, no estaba descontrolado, al terminar pregunta: puedo pedir la eutanasia? No quería molestar más, no quería ser la carga para su familia. Podemos hablar libremente de la muerte. El paciente suele no saber, sus familiares te piden no le digan, y entonces no le informan bien, si al paciente lo exploras, y te dice que le preocupa la muerte, le da miedo la muerte, y ahí estaría la clave, abordar el tema, poder hablar de eso, es la muerte o el sufrimiento de la muerte? Si va a estar

solo, que pueda saber quién lo va a atender, quien va a estar ahí. Una de las cosas que más se trabaja es en el afrontamiento del diagnóstico, del pronóstico, la finitud. Y poder integrar, no solo quedarnos con que nos pasa algo físico o algo emocional, también nos pasa el espíritu, va todo junto. Ahí es cuando no hacemos muchas diferencias entre nuestras especialidades.

Enfermedad y atención médica: Decisiones médicas



19:13 ¶ 3 Raúl

No me han pedido mucho, te lo piden (eutanasia) pero piden mas no prolongar agonía, nadie te pide mávalo. Es común, sucede que no quieren que sea desproporcionado, que se muera ahora, no.

Enfermedad y atención médica: Complicaciones médicas graves



7:1 ¶ 2 Eduardo

Empatía es ponerse en el lugar del otro. Saber que le pasa, como se siente, hacerle saber que comprendemos, que nos ponemos en su lugar, que queremos ayudarlo. Es difícil. Trabajamos en la trinchera, a pie de trinchera. Me pone muy nervioso, cuando otros hablan sin saber del terreno, los que no han hecho nada. Estoy convencido de que funciona ser empático. Nuestros pacientes son enfermos de gravedad larga en el tiempo, con cuestiones muy complejas, a veces incapacitantes, que genera gran dependencia , pacientes que tienen dificultad para desarrollar sus actividades cotidianas, cosas básicas y a veces el tratamiento solo consiste en tratar de que alcancen esa autonomía perdida sobre sus acciones, en definitiva que mejore su calidad de vida, viste que aquí hemos revisado muchísimo el tema calidad de vida, siempre hemos reparado en que ese sea el objetivo de estos tratamientos que llevamos adelante. A veces damos el blanco siendo oportunos con las intervenciones. Tenemos pacientes con cáncer de larga evolución, pacientes parapléjicos, con enfermedades cardiorrespiratorias avanzadas o enfermedades neurodegenerativas. Pacientes respirados, a veces con comorbilidades. Siempre están mal. Van y vienen.

Enfermedad y atención médica: Práctica médica



10:17 ¶ 2 Juan Carlos

Define empatía: ponerse en el lugar del otro. El concepto me parece vital para la práctica médica, primero por la capacidad de ser útil y ponerse en el lugar del otro porque si vos te capacitas para tratar de ir progresando y mejorando, porque te gustaría que hagan lo mismo si estuvieras en ese lugar, no podés predicar algo de lo que careces. Es fundamental. Siempre me pongo en el lugar de mi paciente, lo tomo y me gustan los pacientes críticos, pero lo tomo como un desafío personal y profesional. No por el ego, sino porque además de medico ser humano. Yo creo que Dios está. A veces hay cosas que decís, no puede ser como hice, hay una fuerza sobrenatural que te guía, pero vos también tienes que esforzarte sino y la pregunta sería muy simple, y por qué Dios no ayuda a todos? Primero persona antes que médico. Existen ventajas en ser empático. Lo fundamental seria la satisfacción personal, el ser humano, lo importante es el bienestar y el equilibrio armónico que tenés

vos al ponerte en el lugar del otro, porque todos somos iguales. La diferencia estriba en ser mejor ser humano.

Enfermedad y atención médica: Necesidad de una atención médica interdisciplinaria



1:1 ¶ 2 Adriana

¿El medico que me dirigía en la residencia tenía un manual viejo, tanto? Yo tengo el de cuando me recibí, y yo pensé, pobres tus pacientes, porque tantos años en el ejercicio de la medicina , muchos habrán necesitado más de los que les ofreció nos tenemos que replantear porque somos médicos, para que somos médicos, y que no somos los dueños de la medicina, yo lo que escucho que la interdisciplina es genial, desde ahí hay que repensar nuestro actuar en la salud, como equipo interdisciplinario teniendo como meta , que aquel que va a morir no muera sufriendo, porque hay muchas cosas que pódennos hacer, y es lamentable que no lo hagamos , no es riesgoso, además es barato, es pensarlo , y cambiar nuestra mirada, desde donde vamos a cuidar la salud. Saber que nosotros también vamos a morir, pensar como nos gustaría que eso nos pase y tratar de dárselo a los demás también, por ue le voy a ofrecer a alguien una muerte en terapia intensiva, invadido, si yo para mí no quiero eso, desde lo filosófico, repensar el ejercicio de la medicina, es mucho laburo,

Enfermedad y atención médica: Enfermedades terminales



4:1 ¶ 2 Antonio

Se acostumbra a relacionar cuidados paliativos con terminalidad y muy lejos está de ser eso. Los cp abarcan un aspecto mucho más integral que exclusivamente la enfermedad en sí, y tiene una particularidad y es que se trabaja con el binomio paciente familia. Se hace mucho hincapié en a partir de cuando se comienza a trabajar en CP, cuando ya el paciente tiene una enfermedad terminal y ya no tiene cura El equipo de CP tratar de actuar desde los primeros estadios de la enfermedad. Si yo tengo una enfermedad oncológica , va a haber opciones terapéuticas en el camino, va a haber diferentes líneas de tratamientos, pero desde ese momento ya empezamos a trabajar con el paciente y su familia, Todos sabemos que nacemos , crecemos maduramos, nos reproducimos, nos enfermamos y finalmente fallecemos, debemos aceptar esa última etapa con la diferencia de que quienes estamos para entender esa última etapa, debemos asesorar a la familia para darle todas las herramientas, para que el paciente tenga el mejor final posible. Ahí empiezan un montón de idas y vueltas: no, papa tiene que terminar en su casa, no en el hospital, no, tenemos que llevarlo a una institución, intentamos apaciguar un poco todo esto, hablar con la familia, ser el nexos con las obras sociales, etc. para intentar dar lo mejor en el final de la vida.

Enfermedad y atención médica: Responsabilidad médica



7:8 ¶ 6 Eduardo

Creo que querer morirse es antinatural, yo siempre les digo que les mando al psicólogo y me hago el alarmado, aunque quizá comprenda que yo también querría morirme. y entonces hago lo que quisiera que hicieran conmigo. Poner morfina no tiene techo decían en una clase... hay que saber

entenderlo, no tomarlo al pie de la letra...no tengan miedo a la morfina, muchos no saben cómo se usa, creo que debe saber cómo administrarla. Sino cambiá de médico. Si el equipo no está ayudando... y están todos muy alarmados o preocupados... a veces no tengo más remedio. hay que tener un motivo para seguir adelante. Si mi paciente está bien cuidado no tendría que querer morirse. Y los cuidados son de todo: la flia, costos, ambiente, etc.

Enfermedad y atención médica: Opinión negativa acerca del sistema médico



2:4 ¶ Alberto

No hay forma de que sea lineal, es muy complejo que una sola persona se haga cargo de todo y menos con la formación actual, incluso hay procesos de ocultamiento del final de la vida, que los hace el paciente, a la familia y también el médico, cuando explicamos todo esto?

Enfermedad y atención médica: Limitaciones médicas en el tratamiento de la tristeza



15:3 ¶ 3 Nicolás

Enfrentar eso... ahora reformulo mi respuesta primera, yo creo que tener una visión más amplia del paciente , preguntarme por las condiciones materiales de existencia en un paciente, al indicar una terapéutica, revisar que posibilidades concretas tiene el paciente y la familia de poder llevarla a cabo, y a veces eso es ponerse en su lugar, poder tener en cuenta su punto de vista, La percepción del dolor ajeno es parte de la relación médico paciente, somos testigos del sufrimiento, en el área de interconsulta hay cosas que los médicos no pueden escuchar, algo se escapa del alcance de la técnica, y toca el dolor o la tristeza, a mí me ha pasado, muchas veces me embarga la tristeza y es claramente observable que debo estar atento para no arruinar el trabajo con el paciente , hay que hacer una apuesta de poder visibilizar que el paciente es mucho más que un órgano y poder ver un poco más allá, de las cuestiones físicas, biológicas. Como gestionar la tristeza? Un montón de maneras, a través de la propia angustia, muchas veces el ensañamiento terapéutico con la idea de curar o salvar la vida a toda costa, salvar al paciente, no ver que no se puede...a cualquier precio no. La posición del médico suele medir o percibir el sufrimiento psíquico, pero tantas veces sabemos que no tenemos las herramientas, si hay un equipo de salud mental es mejor acudir por ayuda. La respuesta al pedido de eutanasia es no.

Enfermedad y atención médica: Crítica a la ciencia médica



2:1 ¶ 2 Alberto

La medicina entra en la posmodernidad, se crearon dos especialidades impensadas: paliativos y medicina Gral. Medicina Gral. es un concepto que plantea ocuparse de lo esencial, lo básico, es decir de lo que dejó la medicina de ocuparse, paliativos, se ocupa de la necesidad de acompañar a los pacientes a la muerte, es decir se dejó la medicina de ocuparse. No le agreguemos más teoría, sino práctica. Tenemos la obligación de leer a Kant, pero no hace falta nombrar a Kant para hablar de esto. Lo que no debemos hacer es seguir generalizando particularidades. Se toma una particularidad de una sociedad y después se la generaliza, no nos damos cuenta de que es en ese lugar en esa comunidad,

nosotros podemos tener otra realidad, no puedo universalizar las respuestas. El colonizarse mentalmente, pensar con la mente del otro mi realidad, cuando mi realidad puede pensar se distinto. Mirar mi realidad con mi propia mente. No sirve leer los papers, África, Francia, Universalizar los problemas sin visión crítica. No sirve. ¿Esto me brinda elementos valiosos para mi paciente? ¿O lo fuerza? Soportar el que dijeran que hacemos cirugía en menos. Menos que lo que el paciente necesitaba, sin embargo, cuando se te ocurre alguna modificación, alguna decisión, lo universalizable rige y envía el mandato de cambiar, no es mi decisión sino al del consenso, el paciente tampoco. ¿Cuántas ecografías son necesarias para que un embarazo evolucione normalmente?

Enfermedad y atención médica: Tratamiento médico



7:3 ¶ 4 Eduardo

¿Ejemplos? Recuerdo dos pacientes...algunos nos marcan el tiempo. Otros tienen tratamientos específicos, les preocupa la falta de autocontrol, la pérdida de autonomía, a veces preocupan cosas no relevantes y el paciente se queda a la espera. Hacerles cosas a los pacientes, probar y probar alternativas alarga las cosas, el paciente comienza a quejarse por no tener una vida plena. Es muy importante el equipo multidisciplinario que toquen todos los palos de la baraja. Para mí es importante ofrecerle al paciente las herramientas: la mejora de la calidad de vida, lograr su autonomía, pero a veces hay que contar con recursos, por ejemplo, los respiradores, sería la instrumentación para mantener al enfermo, la otra controlar el entorno, tener acceso a los tratamientos en red con el hospital de alta complejidad, para que todos estamos al tanto del progreso o de la evolución del tratamiento. Estar bien comunicados; con el paciente, con la familia, indispensable, entre nosotros, con el equipo. También incluiría con que movilidad contamos: todos, el paciente, la flia, el hospital, a veces hay que pedir ayuda para trasladar al paciente y no hay móvil, el cruce no te envía el suyo, no se dispone, estamos solos ahí. Y los gastos también nos afecta. Y ahí intervienen las políticas de salud.



8:1 ¶ 2 Eugenio

Tener empatía es muy importante para poder atender bien a los pacientes. Es la forma de entablar una buena relación médico paciente. Y eso es importante porque a partir de ahí salen los éxitos o los fracasos en el tratamiento. Que el paciente confíe, que se quiera quedar en el hospital, que cumpla las indicaciones, va a depender de como yo lo trate, y para eso si no me pongo en su lugar, corro el riesgo de dar puras indicaciones como si fueran ordenes, A veces es importante dar órdenes, pero la mayoría de las veces la indicación debe consensuarse, así sale mejor. Si es un sentimiento, sería la tristeza. Me apena pensar que se sienten desamparados. Quisiera remediarles esa sensación y hago lo mejor posible mientras estoy en la sala para que eso no ocurra, entonces es hablar, preguntarles, llamarlos si duermen, recordarles cosas, y así, como si fuera un familiar.

Enfermedad y atención médica: Conocimiento médico



8:2 ¶ 3 Eugenio

En la sala yo los conozco a todos. Ya sé qué tipo de patologías tienen y como médico clínico estoy atento a esas circunstancias. Sé que la falta de trabajo hace estrés, aumenta la presión arterial, se enferman por diabetes... Son circunstancias que uno ve diario y ya sabe cómo hacer un diagnóstico sin necesidad de pedir un laboratorio o un examen complementario, porque muchas veces no es cómodo solicitar una resonancia magnética o una radiografía. Entonces uno se basa mucho en la clínica en base a la sintomatología, porque los maestros siempre nos enseñaron que la mayor herramienta que tenemos es el estetoscopio, son las manos, los ojos, el observar, el charlar con el paciente. Porque el paciente no solo viene cuando se enfermó por algo, sino que a veces la misma enfermedad es producida por la soledad, el no tener con quien conversar, con quien descargar las tensiones, los miedos, las preocupaciones. Entonces cuando el paciente llega a la consulta no solo se encuentra con un médico, sino también con un amigo o alguien que conoce de su vida y trata de resolverle el problema de la mejor manera.

Enfermedad y atención médica: Concepto de enfermedad



2:2 ¶ 2 Alberto

¡Yo les pregunto a mis residentes, y me lo contestan! Algo falló, lo mismo sucede como catalogamos los distintos servicios en cuanto a la incidencia de la tasa de mortalidad. No se nos ocurre pensarlo en el final de vida, Se vive trágicamente, sin entender que es parte de la vida. Hablar de esto, lo necesitamos. Lo que se atiende es gente, que le pasan cosas, en un momento determinado se le atraviesa la enfermedad, que es la otra cuestión, nosotros creemos que la enfermedad es una constante, en realidad la gente vive su vida y se enferma de repente, cuando nos pasa nosotros nos damos cuenta. No sabemos cuándo y cómo arreglar las cosas, las situaciones, no pensamos en el otro hasta que no nos pasa. Verlo en lo práctico, No se puede explicar el CI en lo abstracto, ese proceso tenía que estar antes. Es para el abogado... pero es otra cosa, el instrumento legal es la consecuencia del proceso del consentimiento, si yo tengo un formulario de CI es porque pude informarle a mi paciente, el proceso es importante, sino es mentira. Falseo la verdad. No supe hacer la práctica.

Enfermedad y atención médica: Complejidad del sistema médico



2:4 ¶ 3 Alberto

No hay forma de que sea lineal, es muy complejo que una sola persona se haga cargo de todo y menos con la formación actual, incluso hay procesos de ocultamiento del final de la vida, que los hace el paciente, a la familia y también el médico, cuando explicamos todo esto?

Enfermedad y atención médica: Diagnóstico clínico



8:2 ¶ 3 Eugenio

En la sala yo los conozco a todos. Ya sé qué tipo de patologías tienen y como médico clínico estoy atento a esas circunstancias. Sé que la falta de trabajo hace estrés, aumenta la presión arterial, se enferman por diabetes... Son circunstancias que uno ve diario y ya sabe cómo hacer un diagnóstico sin necesidad de pedir un laboratorio o un examen complementario, porque muchas veces no es

cómodo solicitar una resonancia magnética o una radiografía. Entonces uno se basa mucho en la clínica en base a la sintomatología, porque los maestros siempre nos enseñaron que la mayor herramienta que tenemos es el estetoscopio, son las manos, los ojos, el observar, el charlar con el paciente. Porque el paciente no solo viene cuando se enfermó por algo, sino que a veces la misma enfermedad es producida por la soledad, el no tener con quien conversar, con quien descargar las tensiones, los miedos, las preocupaciones. Entonces cuando el paciente llega a la consulta no solo se encuentra con un médico, sino también con un amigo o alguien que conoce de su vida y trata de resolverle el problema de la mejor manera.

Enfermedad y atención médica: Enfermedad avanzada



17:1 ¶ 2 Patricia

Me enfrento día a día con el sufrimiento del paciente. No podría hacerlo si no fuera empática, es ponerse en sus zapatos. Mi intención en la práctica de todos los días es poder dar visibilidad a los cuidados en el final de vida. No todo el mundo sabe que son, por ejemplo, los cuidados paliativos. Hay muchas cosas que hacer con los pacientes para aliviarlos, estamos capacitados para que la tarea se realice bien, con todo el esmero, con toda profesionalidad, es cierto que hay muchos obstáculos, pero creo que nuestra vocación nos hace avanzar. Otro de los objetivos para atender con empatía es que nos encargamos del sufrimiento. Busco los modos de abordar la enfermedad avanzada, que comienza desde el primer momento y cuando se complica comenzamos en el equipo interdisciplinario, todos deberían saber cómo tratar a nuestros pacientes, no solo nosotros. Coordinar con los demás, estar atendido en todos los aspectos. Atendemos pacientes que sufren enfermedades oncológicas, insuficiencia cardiaca, respiratoria, renal, demencias, etc.

Enfermedad y atención médica: Claridad acerca del diagnóstico



10:18 ¶ 3 Juan Carlos

Ejemplo en la práctica: te puedo 50000. A veces hay que ser descaradamente drástico, un desafío es transmitir la información y es fundamental que el paciente o su familiar sepa cuál es la magnitud del problema. Actuar mejor y sin condicionamientos cuando podés decir la verdad, la falla es que no se sabe transmitir, en el lenguaje, al familiar. Acá ves gente con bajo nivel cultural, no vendes ilusión ni mentirle, o hablarle difícil. Hablarle con términos simples, que sepa la gravedad del problema pero que sepa que jamás lo vamos a abandonar, es un desafío, tienes que dedicarle tiempo y tener sagacidad, la gente no come vidrio, la gente sabe en la forma en que le hablas y en eso fallamos mucho, bastante. La forma en que le hablamos, decirle en términos técnicos, le suena a sanata. Hablar con convicción y convencimiento, la persona se va a percatar. Es ponerse en el lugar del otro para saber cómo te gustaría que te expliquen para poder entender. Muchos dicen a la empatía, pero no lo consideran al paciente un igual, un semejante. La empatía es la comprensión. Cuanto más instruido, más comprensivo, más empático.

Enfermedad y atención médica: Atención médica en etapas tempranas de la enfermedad

 17:4 ¶ 5 Patricia

¿Cuándo intervenimos?: no solo en la etapa próxima a la muerte, no es exclusiva la fase, hay otros momentos, todos muy difíciles creo yo, nos involucramos, como no, sería posible atender sin esa implicación de nuestro mirar con afecto, ahí es cuando sabemos que hay que tener cuidado que la emoción no te traicione y te lleve a cometer errores. (...) Cuando no le explican el paciente sufre porque no sabe que le pasa. Tenemos la tendencia a generar ese conocimiento, en el equipo también, compartir lo que nos provoca, lo que nos hace sentir y pensar el hecho de iniciar la atención precoz del paciente con enfermedad incurable, por ejemplo con los pacientes oncológicos, con la terapia es crónica pero luego deviene el declive, y ahí tenemos que armarnos porque las escenas son difíciles, nos afecta lo que les pasa, claro, no al punto de hacer mal las cosas, sería una falla enorme, habría que saber retirarse si ves que no vas a poder afrontar esos casos, yo creo que está bien que sea así, si fuera todo muy distante, como te cree que lo estas curando, no pienso en curar sin implicarme un poco, después descanso, me repongo.... La enfermedad de órganos (cardiopatías, renales) tiene altibajos, la demencia tiene procesos en donde vamos descendiendo pero con menos intensidad. Nos toca actuar desde el diagnóstico.

Enfermedad y atención médica: Error médico

 10:19 ¶ 3 Juan Carlos

Caso clínico: varias veces, he hecho cosas que no debería hacer, una vez un paciente de 32 años, había que hacer una intubación intraqueal y no se veía nada y ya estaba a en paro respiratorio y a pesar de que tengo bastante destreza para intubar, no pude y agarre y le metí un tubo con alambre, lo clave literalmente, y lo logre salvar y me fui al cuarto de al lado a decir gracias dios mío, después nos dimos cuenta de que la tráquea estaba tapada con un tumor, un seminoma, pero vivió. Nadie nace para la. La vocación es la de servicio. Tratar de hacer lo que hacemos de la mejor manera posible, y tratar de ser útil de la mejor forma y transmitir lo que sabes. Repara en los gestos y expresiones no verbales, me llama la atención la locuacidad, cuando entra ya te das cuenta, la mujer, mucho más lucida que los varones, en los consultorios las mujeres hablan por su compañero, te das cuenta de que va a tomar la iniciativa por la forma de caminar, el varón se deja manejar dar los remedios, buscar el tratamiento. y no tiene que saber quién maneja el seguimiento, uno debe darle el lugar al paciente, no volverlo dependiente, dejarlo que se exprese por sus propios medios y no actuar con soberbia. No equivocarse al actuar con soberbia. Se puede hacer un semblanteo de su lenguaje corporal, como se sienta como se mueve en la consulta, que responde. Hay que saber discernir.

Enfermedad y atención médica: Enfermedades neurodegenerativas

 4:2 ¶ 2 Antonio

Los CP inicialmente se aplicaban en oncología, yo en el hospital trato de aplicarlo cada vez más a la geriatría, argentina es el segundo país de Sudamérica más envejecido, no tenemos infraestructura, estructura económica, políticas de intervención para la población envejecida que tenemos, por eso es fundamental aplicar los CP en todos los procesos neurodegenerativos, procesos

patológicos o fisiológico también, las demencias superan estadísticamente al cáncer. ¿Cada vez se vive más, pero cada vez se vive mejor? Quiero mencionar dos aspectos fundamentales de los CP, es muy enriquecedor en lo espiritual, en lo moral y en lo ético, y en lo legal. CP trabaja de la mano del derecho ley 26742, art 11, ley del Derecho del paciente, HC y CI, las directivas anticipadas en el art 11, hay cuatro principios bioéticos, autonomía es respetar la decisión del paciente por sobre todas las cosas siempre y cuando no impliquen practicas eutanásicas, por eso, hay que trabajar muchísimo con las directivas anticipadas, respetar la decisión del enfermo y en base a eso programar sus últimos días de vida; el otro tema la eutanasia, da para días de debate. ¿Alguien desea morir mal? No, desde el pto de vista etimológico, estamos muy bien, ahora está la ley mal llamada, ley de muerte digna, donde el espíritu es acompañar sin adelantar ni retrasar. Acompañar, hay que recordar que cuando uno jura el JH, si lo leemos, dice a nadie daré una droga para terminar con su vida o consejos para tal fin.

Enfermedad y atención médica: Rechazo del tratamiento

 21:10 ¶ 15 Salvador

Rechazar tratamiento, sí. Eutanasia, no me lo han pedido, puedo expresarme libremente al respecto, con colegas, con pacientes.

Enfermedad y atención médica: Paciente joven con cáncer

 11:3 ¶ 3 Juan Pablo

La relación médico paciente es un matrimonio pero de a tres: el paciente, el médico y la familia, un poco difícil... las emociones propias, que me llevo yo... está mal... a mí se me han caído lagrimas delante del paciente, lágrimas de dolor, de tristeza de impotencia, no sé si está bien o mal, me ha tocado con pacientes muy jóvenes que sabes que se van a morir, que ellos saben que se van a morir, hace poco un paciente joven con cáncer de testículo donde su hijo se estaba yendo de viaje de egresados a Bariloche, el hijo no quería viajar porque su papa se moría que seguramente se iba a morir mientras él estaba de viaje y su papa no se quería morir porque su hijo estaba en Bariloche para que no se sienta culpable, tuve que sedarlo mientras el chico estaba en Bariloche y estirar la agonía para ver que llegara vivo el padre al regreso del hijo para que este no se sintiera culpable de haberse ido. Mi primer paciente de paliativos fue una nena de 14 años, donde la nena me enseñó tantas cosas, era un adulto.

Enfermedad y atención médica: Cuidados médicos

 15:4 ¶ 3 Nicolás

Se puede hablar libremente, pero hay mucho por aclarar al respecto, las situaciones de muerte abundan y la empatía no debe abrumar. En primer lugar hay que escuchar que es lo que está pasando con el equipo médico en su conjunto, también por supuesto con el paciente y su familia, los abordajes no pueden ser individualizados, deben contemplar un equipo tratante y un paciente en su entorno. Son el eje de la decisión. Evaluar sus condiciones psíquicas, que no tenga patología que le produzca pérdida del juicio, que esté en condiciones de decidir, que decida desde la lucidez, que sus decisiones

no vayan en contra de salvar su vida o de querer perderla. Trabajar con la propia frustración medica al no poder hacer eso para lo cual hemos sido formados, que es salvar vidas. No hay ley por suerte y eso nos pone a salvo. El compromiso es altísimo. Si es ilegal ya respondimos creo.

Enfermedad y atención médica: Cáncer testicular



11:3 ¶ 3 Juan Pablo

La relación médico paciente es un matrimonio pero de a tres: el paciente, el médico y la familia, un poco difícil... las emociones propias, que me llevo yo... está mal... a mí se me han caído lagrimas delante del paciente, lágrimas de dolor, de tristeza de impotencia, no sé si está bien o mal, me ha tocado con pacientes muy jóvenes que sabes que se van a morir, que ellos saben que se van a morir, hace poco un paciente joven con cáncer de testículo donde su hijo se estaba yendo de viaje de egresados a Bariloche, el hijo no quería viajar porque su papa se moría que seguramente se iba a morir mientras él estaba de viaje y su papa no se quería morir porque su hijo estaba en Bariloche para que no se sienta culpable, tuve que sedarlo mientras el chico estaba en Bariloche y estirar la agonía para ver que llegara vivo el padre al regreso del hijo para que este no se sintiera culpable de haberse ido. Mi primer paciente de paliativos fue una nena de 14 años, donde la nena me enseñó tantas cosas, era un adulto.

Atención médica interdisciplinaria

Adecuación terapéutica / Codificación inicial

Atención médica interdisciplinaria: Equipo multidisciplinario



7:3 ¶ 4 Eduardo

¿Ejemplos? Recuerdo dos pacientes...algunos nos marcan el tiempo. Otros tienen tratamientos específicos, les preocupa la falta de autocontrol, la perdida de autonomía, a veces preocupan cosas no relevantes y el paciente se queda a la espera. Hacerles cosas a los pacientes, probar y probar alternativas alarga las cosas, el paciente comienza a quejarse por no tener una vida plena. Es muy importante el equipo multidisciplinario que toquen todos los palos de la baraja. Para mí es importante ofrecerle al paciente las herramientas: la mejora de la calidad de vida, lograr su autonomía, pero a veces hay que contar con recursos, por ejemplo, los respiradores, sería la instrumentación para mantener al enfermo, la otra controlar el entorno, tener acceso a los tratamientos en red con el hospital de alta complejidad, para que todos estamos al tanto del progreso o de la evolución del tratamiento. Estar bien comunicados; con el paciente, con la familia, indispensable, entre nosotros, con el equipo. También incluiría con que movilidad contamos: todos, el paciente, la flia, el hospital, a veces hay que pedir ayuda para trasladar al paciente y no hay móvil, el cruce no te envía el suyo, no se dispone, estamos solos ahí. Y los gastos también nos afecta. Y ahí intervienen las políticas de salud.

Atención médica interdisciplinaria: Responsabilidad profesional

 19:14 ¶ 4 Raúl

Algún caso aislado, que la flia solicita que no lo pasen a terapia. La rta es nosotros no le sacamos el respirador a nadie. Lo que hacemos es medir si el tratamiento es el adecuado, si no se excede. ¿CÓmodo con el tema? Sin problemas. No nos afecta. No me dice nada. Ni cómodo ni incomodo, no me dice nada. No me afecta que me lo pidan. Especialidad: probé y me gustó. En el examen de la residencia. No estaba muy convencido. No sabía que iba a ser terapeuta. Surgido al terminar la facultad y me preguntaba para que especialidad eligiese. La decisión no se decir. No soy pediatra porque no puedo escuchar a chicos llorar. Trabajar en final de vida es crítico, pero llevar bolsas en el puerto también es crítico y duro. Yo no soy el dueño de la vida de los pacientes, dando informes... yo me voy a casa y lo único que tengo que hacer, me voy tranquilo, a veces me preocupo de que no evoluciona, que no se el diagnostico, pero si no les mentí, si les dije la verdad, si hice todo lo que se podía. Todos decidimos hacer una medida, y se hizo, este es mi laburo, Lo hice que me pareció que tenía que brindar al paciente. Yo no tengo la culpa. Es difícil, pero es mi función. Uno está más en contacto con la muerte que el resto. Nadie le da bola al médico. Acá en todo el invierno no hay agua caliente, hay mucha decadencia en el hospital público el tarto al médico. Mirar al médico no estaría mal. Estamos solos. Nadie se interesa por nosotros. La relación MP. es muy limitada.

Atención médica interdisciplinaria: Formación médica

 12:2 ¶ 2 Juan

Siempre desde chica oía hablar de cirugía y el mejor trato oncológico , pero se perdían de vista muchos elementos que esa paciente se fue sin preguntar y toda la vida arrastro sin saber que podría vivir de una mejor manera, hablo de gestionar calidad de vida, desde el consejo, desde la formación del médico, desde la apertura mental, porque el medico tiene que abrir la cabeza , estar abierto a un montón de otras circunstancias y meterse dentro de la vida del paciente , preguntar cosas que nunca ha preguntado, escuchamos como algunos cirujanos empezaron a decir que algo desde las emociones podría provocar el cáncer, una , escucharlos que esa pequeña idea haya penetrado en el genoma de esta gente toda poderosa pueda pensar en penetrar en los sentimientos, para mí es la llave de cualquier cosa, podemos entrar a las emociones de un paciente desde nuestras propias emociones, conectar con su realidad para ayudarlo, salir de la sobre medicalización, dando a entender como prolongar la vida.

Atención médica interdisciplinaria: Desgaste profesional

 5:4 ¶ 4 Carolina

Nunca me pasó, he tenido que dar malas noticias, aconsejar como seguir, a veces el paciente no lo sabe, no quiere enterarse, me ha pasado de tener que decir lo que nadie se atreve a enfrentar. Antes me lo tomaba mejor, ahora con el paso de los años, me afecta más, me angustia más, muchas cosas feas, tantas, uno lo ve y dice puede ser mi hermano, puede ser mi madre, mi hijo, y me afecta, trato de disimular, y continuo con la atención, pero me afecta cada vez más, me queda una angustia y digo, basta no quiero ver nada más, nada más. Ese cambio se debe a la edad de uno, te pones más

grande, de joven te llevas la vida por delante. La intensidad de lo psíquico puede percibirse, depende del paciente, hay quienes lo expresen mejor, otros son más negadores pero tienes que tener la actitud de querer percibirlo, yo trato de tener eso en mente, de poder decir la palabra que el paciente necesita. Hay veces que el paciente esta intratable, pero lo estas ayudando igual si le pones paciencia, si seguís en el cuidado a pesar de su negativa, muchos se sorprenden de que los traten bien y me agradecen y yo no lo puedo creer porque para mi es algo básico y la gente te lo agradece, me sorprende, les digo no es lo que hago, es mi obligación, no tiene nada que agradecerme lo dicen al despedirse.

Atención médica interdisciplinaria: Capacitación



20:1 ¶ 2 Rubén

En nuestro proceso de trabajo a veces detectamos que ciertos pacientes necesitaban otro tipo de atención de forma continua o más seguimientos en domicilio. Notamos esa falta. hacemos una tarea que en un principio te shockea, sentís que los casos son muy difíciles, tenés que resolver y estar muy atento, al principio era una impresión más natural la que tenía... pero que con el tiempo se hizo más exigente, porque al resolver situaciones, otros pacientes buscaron los mismos cuidados y pensamos que algo diferente encuentran, tiene que ser el modo de y tratarlos creo, nos ponemos en su lugar, les decimos que sabemos lo que nos cuenta, que estamos para ayudarlo, le ofrecemos un lugar te diría. Tuvimos que capacitarnos, adquirir herramientas para afrontar las tareas de la mejor manera. Muchos hicimos posgrados en Cuidados Paliativos y pudimos mejorar el trabajo que ya hacíamos.

Atención médica interdisciplinaria: Posicionamiento profesional



15:1 ¶ 2 Nicolás

La empatía es ponerse en el lugar del otro. En la práctica no sería relevante porque yo trabajo desde un posicionamiento profesional que no tiene que ver con ponerme en el lugar del otro. En la práctica hay que tener una cierta cuota de empatía seguramente, pero hay que poderla medir, ni la falta total de empatía de no conmoverse por lo que el ocurre al paciente ni un exceso de empatía, identificarse al paciente obstaculiza el trabajo. Hay ventajas en el ser empático, por ejemplo para el despliegue de la buena relación médico paciente que es una de las principales causas de protección para juicios de responsabilidad medica... Bueno, bueno, muy pesimista estoy... jaja

Atención médica interdisciplinaria: Desafío profesional



7:5 ¶ 5 Eduardo

(...) El paciente te dice, quiero aprovechar cada minuto, pero no siempre es fácil, hay mucho que hacer, pero el pedido ya te moviliza... no podes no ser empático ahí... por eso te digo, no creo que no haya empatía, cómo entender sino, las cosas por las que pasamos...sí, es bravo, pero la luchamos con ellos, eso nos alivia o nos tranquiliza, el límite está ahí y por suerte nadie lo niega o lo desconoce, sabemos que hasta cierto punto se puede, después ya no. El paciente debe colaborar, incorporar las modificaciones a su vida, lo mejor sería siempre poder estar controlando, pero eso no es así y tenemos un tiempo de cuidado parcial del paciente, muchas veces lo logrado en el día, cuando

volvemos al día siguiente desapareció porque los modos de intervención no se mantuvieron en nuestra ausencia. No me puedo ir pensando en eso, o sí, lo pienso, pero debo separarlo para poder seguir con mi vida y mi función, sino no serviría para nada, no podría seguir atendiendo. Elegí esta especialidad porque el desafío es garantizar la presencia a mi paciente, pero sé que no depende de mí, no somos superhéroes, hay una parte, grande te diría que se escapa de nuestras manos, no se puede pretender que el éxito es completo o que esa dificultad no existe. Pero bueno, continuamos, no se nos mueve la esperanza, Nunca me enojo, aprendí a entender que el proceso de esta especialidad implica este desastre, y que habitamos el desastre y que igual la peleamos con el paciente.

 20:1 ¶ 2 Rubén

En nuestro proceso de trabajo a veces detectamos que ciertos pacientes necesitaban otro tipo de atención de forma continua o más seguimientos en domicilio. Notamos esa falta. hacemos una tarea que en un principio te shockea, sentís que los casos son muy difíciles, tenés que resolver y estar muy atento, al principio era una impresión más natural la que tenía... pero que con el tiempo se hizo más exigente, porque al resolver situaciones, otros pacientes buscaron los mismos cuidados y pensamos que algo diferente encuentran, tiene que ser el modo de y tratarlos creo, nos ponemos en su lugar, les decimos que sabemos lo que nos cuenta, que estamos para ayudarlo, le ofrecemos un lugar te diría. Tuvimos que capacitarnos, adquirir herramientas para afrontar las tareas de la mejor manera. Muchos hicimos posgrados en Cuidados Paliativos y pudimos mejorar el trabajo que ya hacíamos.

Atención médica interdisciplinaria: Trabajo en equipo

 4:1 ¶ 2 Antonio

Se acostumbra a relacionar cuidados paliativos con terminalidad y muy lejos está de ser eso. Los cp abarcan un aspecto mucho más integral que exclusivamente la enfermedad en sí, y tiene una particularidad y es que se trabaja con el binomio paciente familia. Se hace mucho hincapié en a partir de cuando se comienza a trabajar en CP, cuando ya el paciente tiene una enfermedad terminal y ya no tiene cura El equipo de CP tratar de actuar desde los primeros estadios de la enfermedad. Si yo tengo una enfermedad oncológica , va a haber opciones terapéuticas en el camino, va a haber diferentes líneas de tratamientos, pero desde ese momento ya empezamos a trabajar con el paciente y su familia, Todos sabemos que nacemos , crecemos maduramos, nos reproducimos, nos enfermamos y finalmente fallecemos, debemos aceptar esa última etapa con la diferencia de que quienes estamos para entender esa última etapa, debemos asesorar a la familia para darle todas las herramientas, para que el paciente tenga el mejor final posible. Ahí empiezan un montón de idas y vueltas: no, papa tiene que terminar en su casa, no en el hospital, no, tenemos que llevarlo a una institución, intentamos apaciguar un poco todo esto, hablar con la familia, ser el nexo con las obras sociales, etc. para intentar dar lo mejor en el final de la vida.

 6:1 ¶ 2 Cristian

Ser empático es querer ayudar al otro. Desde los sentimientos, con espíritu de colaboración, de asistencia, es saber cómo se siente sin que te lo diga y casi te digo, sentirse igual, pero bueno,

sabemos que nosotros somos quienes lo cuidaremos, recibirlo con amabilidad y afecto, para que se sienta confiado, tampoco ahogarse junto con ellos, a la empatía es necesaria y fundamental sino no podés atender este tipo de patologías. En la guardia te das cuenta, cuando las crisis llegan y es ya la respuesta, hay que actuar, hay que decidir rápido y parece que tenés que ser calculador, igual, sin un poco de consideración es imposible, pasar la urgencia, sí, pero luego volver a la calma y reflexionar en la situación del paciente. La guardia no es el lugar adecuado igual, pero a veces no hay otro. Es importante tener disposición y ganas de atenderlos, buscar las herramientas precisas, saber hacer, no se puede improvisar, el conocimiento, la formación es muy importante. Con María veíamos pacientes cada uno por nuestro lado y siempre nos encontrábamos, compartíamos las vivencias, yo a veces necesito de la parte médica, de otra especialidad y ella de todo lo que hace a lo emocional, así que sí, trabajar en equipo es clave. Estos enfermos necesitan de compañía y de cuidados que no siempre es un fármaco o un procedimiento técnico, la presencia nuestra es clave.



8:4 ¶ 5 Eugenio

De ahí pasé a UTI, no podría estar en otro lugar del hospital, siento que algo se aviva en cada situación que enfrentamos donde se juega salvar la vida de un paciente. Millones de emociones, pero creo que salimos adelante, mejoramos un montón, crecimos, aprendimos a tomar decisiones con más calma, aprendimos a regularnos si estamos tristes, y hablamos de la muerte todo el tiempo y eso obliga a salir de acá, volver a casa y resetear, buscar en nuestras vidas lo que nos alivia para volver a cuidarlos al día siguiente. Es muy enriquecedor compartirlo, hace bien. ¿Qué debe tener un médico para atender en zonas críticas? Sobre todo, calidad humana, tiene que entender que debe dar soluciones y poseer mucha vocación, que es fundamental, porque así se pueden conseguir las cosas, aunque no se las tenga, se las consigue. Y la fe en Dios, que te marca. Y una de estas circunstancias era la mano de Dios.



17:3 ¶ 4 Patricia

Me fijó de realizar correctamente la adecuación del esfuerzo limitado en cada caso, creo que eso es una facilidad que solo tenemos los que nos formamos, que en otras áreas podría resultar más difícil de decidir, saber cómo utilizar la herramienta justa, ni más ni menos, no hacer cosas que no van a modificar el proceso de la cura, o que no fue acordado previamente con el equipo y con el paciente. Pienso que es muy importante fomentar la autonomía de nuestros pacientes en la toma de decisiones, les vamos a ofertar las diferentes alternativas y los diferentes escenarios, el paciente elige. Por supuesto, en esto está incluida la familia, pero hay que saber que primero van ellos, fijarnos en que estén listos y aptos, con capacidad autónoma digo, para aceptar o rechazar las propuestas de los tratamientos.



17:10 ¶ 10 Patricia

Si nos piden adelantar la muerte, detenerse a responder siempre, no podés irte de ahí, en silencio, sin explicar. Hay que quedarse, ver por qué lo dice y a veces hay que explorarlo, si tiene un mutismo, esta triste o hay un bloqueo, le pregunto que le preocupa, en que puedo ayudarlo, y a veces

no saben que decirme, porque nadie pregunta eso. Que le preocupa sí saben decirlo, muchas veces es los otros: su pareja, su flia, sus hijos. Qué quiere decir que quiere morir, en definitiva. Nos pasa, sí. Esta el equipo interdisciplinario que suele intervenir de lleno, y ahí nos respaldamos, siempre la interconsulta, solos no.



19:14 ¶ 4 Raúl

Algún caso aislado, que la flia solicita que no lo pasen a terapia. La rta es nosotros no le sacamos el respirador a nadie. Lo que hacemos es medir si el tratamiento es el adecuado, si no se excede. ¿Cómodo con el tema? Sin problemas. No nos afecta. No me dice nada. Ni cómodo ni incomodo, no me dice nada. No me afecta que me lo pidan. Especialidad: probé y me gustó. En el examen de la residencia. No estaba muy convencido. No sabía que iba a ser terapeuta. Surgido al terminar la facultad y me preguntaba para que especialidad eligiese. La decisión no se decir. No soy pediatra porque no puedo escuchar a chicos llorar. Trabajar en final de vida es crítico, pero llevar bolsas en el puerto también es crítico y duro. Yo no soy el dueño de la vida de los pacientes, dando informes... yo me voy a casa y lo único que tengo que hacer, me voy tranquilo, a veces me preocupo de que no evoluciona, que no se el diagnostico, pero si no les mentí, si les dije la verdad, si hice todo lo que se podía. Todos decidimos hacer una medida, y se hizo, este es mi laburo, Lo hice que me pareció que tenía que brindar al paciente. Yo no tengo la culpa. Es difícil, pero es mi función. Uno está más en contacto con la muerte que el resto. Nadie le da bola al médico. Acá en todo el invierno no hay agua caliente, hay mucha decadencia en el hospital público el tarto al médico. Mirar al médico no estaría mal. Estamos solos. Nadie se interesa por nosotros. La relación MP. es muy limitada.



20:3 ¶ 3 Rubén

Que haya distintas disciplinas trabajando trae muchas ventajas, la primera te diría compartir lo difícil, si alguno se siente desmoralizado, los otros responden, si hay que llorar, lo hacemos al lado del otro compañero, pero aparte, siendo con los demás, también sabemos que lo que yo nos e, el otro puede aportarlo, lo que yo no veo, o no puedo hacer , a veces cuesta hacer todo, o decir que garantizamos que siempre podremos, para eso están los demás creo, y el paciente lo percibe, al menos a mí me pasa que me acerco y puedo brindarme , como quisiera que lo hagan conmigo, me emociono, sí, me siento afectada, claro, pero para eso nos formamos, para enfrentar estos cuadros, hay también un espíritu solidario creo, salvar vidas es fácil, pero cuando no es así, cuando estamos igual frente a escenas de fin de la búsqueda, te hace falta sostener tu propia emoción con la del otro, a veces el mismo paciente, al menos yo siento alivio en eso, me siento a resguardo, me atrevo más...pero la formación en nuestra especialidad es abarcativa, tenemos las mismas herramientas para enfrentar las dificultades de la esfera social, emocional, espiritual; nos capacitamos para entender la integralidad del paciente, los aportes del conocimiento y la especialidad de cada uno son puntuales, Claudio el psiquiatra puede ayudarnos a elegir una medicación del área de la salud mental, yo puedo aportar algo junto con la especialidad de los médicos de Clínica Médica y Tito, del área de enfermería, pero el

Atención médica interdisciplinaria: Docencia

 12:1 ¶ 2 Juan

Es más de docencia que de ejercicio médico, hay veces que hay que recordar que los médicos somos docentes, deberíamos serlo, también uno puede explicarle al paciente que es lo que le pasa, entenderlo es escucharlo, entender que escuchar, habilitar el poder de la escucha, desde ahí podemos ayudar un montón, no somos los dueños de la verdad, desde el otro lado, muchas veces no escuchamos que la gente por ahí, en la ansiedad, de hacerles entender que pueden hablar, que pueden pedir ayuda para que la pasen un poco mejor. Es como enseñar y transmitir. Somos verticalistas y no se escucha del otro lado un gesto, interpretar un gesto, el otro habla con la mirada, con la mirada, la expresión del otro se borró porque estaba oculto, y eso es ser sensible el lenguaje corporal, yo hago patología mamaria.

Atención médica interdisciplinaria: Equipo interdisciplinario

 17:1 ¶ 2 Patricia

Me enfrento día a día con el sufrimiento del paciente. No podría hacerlo si no fuera empática, es ponerse en sus zapatos. Mi intención en la práctica de todos los días es poder dar visibilidad a los cuidados en el final de vida. No todo el mundo sabe que son, por ejemplo, los cuidados paliativos. Hay muchas cosas que hacer con los pacientes para aliviarlos, estamos capacitados para que la tarea se realice bien, con todo el esmero, con toda profesionalidad, es cierto que hay muchos obstáculos, pero creo que nuestra vocación nos hace avanzar. Otro de los objetivos para atender con empatía es que nos encargamos del sufrimiento. Busco los modos de abordar la enfermedad avanzada, que comienza desde el primer momento y cuando se complica comenzamos en el equipo interdisciplinario, todos deberían saber cómo tratar a nuestros pacientes, no solo nosotros. Coordinar con los demás, estar atendido en todos los aspectos. Atendemos pacientes que sufren enfermedades oncológicas, insuficiencia cardíaca, respiratoria, renal, demencias, etc.

Atención médica interdisciplinaria: Mejora personal y profesional

 10:17 ¶ 2 Juan Carlos

Define empatía: ponerse en el lugar del otro. El concepto me parece vital para la práctica médica, primero por la capacidad de ser útil y ponerse en el lugar del otro porque si vos te capacitas para tratar de ir progresando y mejorando, porque te gustaría que hagan lo mismo si estuvieras en ese lugar, no podés predicar algo de lo que careces. Es fundamental. Siempre me pongo en el lugar de mi paciente, lo tomo y me gustan los pacientes críticos, pero lo tomo como un desafío personal y profesional. No por el ego, sino porque además de médico ser humano. Yo creo que Dios está. A veces hay cosas que decís, no puede ser como hice, hay una fuerza sobrenatural que te guía, pero vos también tienes que esforzarte sino y la pregunta sería muy simple, y por qué Dios no ayuda a todos? Primero persona antes que médico. Existen ventajas en ser empático. Lo fundamental sería la satisfacción personal, el ser humano, lo importante es el bienestar y el equilibrio armónico que tenés vos al ponerte en el lugar del otro, porque todos somos iguales. La diferencia estriba en ser mejor ser humano.

Atención médica interdisciplinaria: Satisfacción laboral

 11:1 ¶ 2 Juan Pablo

Ser empático, si no tenés la familia, no podés trabajar. Después es full time, uno después se enamora de esta especialidad es gratificante y te da muchas cosas buenas.

Atención médica interdisciplinaria: Enfoque holístico

 16:3 ¶ 4 Oscar

Entonces al afrontamiento del diagnóstico, el pronóstico y la finitud no la vemos solo desde la salud mental, los vemos todos. Se detectan a veces situaciones en donde más allá del acompañamiento y del equipo, hay más cosas que los pacientes necesitaban. Me acuerdo de dos pacientes –una de ellas ya no está– a las cuales les dijimos que íbamos a atender a un consultorio y llegamos y nos quedamos ahí, al lado de la cama, para que no fuera más incómodo aún, se generó una química muy especial, porque le estábamos brindando mucho afecto. Hoy, rememorando esas imágenes, aunque ella ya no esté, el dolor está presente, pero también la satisfacción de habernos divertido y reírnos mucho. Todos son encuentros verdaderamente humanos. Pero nos pasa que los otros integrantes de la familia también terminan conociéndonos, y después de un tiempo te los encontras por los pasillos y te dicen ustedes atendieron a mi padre o nos acompañaron con tal situación. Terminamos todos hermanados.

Atención médica interdisciplinaria: Profesionalismo

 9:1 ¶ 2 Fernando

Empatía es ponerse en el lugar del otro. El concepto me parece un montón de relevante en la práctica, porque es ponerte en el lugar del paciente, para atender al paciente como si te atendieses a vos mismo. Suelo hacerlo, trato de ser lo más profesional y humano posible. Yo lo hago todo el tiempo, los pacientes están en una cama sin moverse, mucha cosa, pero donde más se nota es en el trato con la familia, dejarlos pasar un ratito más, informarlo mejor, sin hay informe antes, darlo, si hay que hablar más tiempo, media hora, hablar media hora, con el paciente, como es todo muy técnico por ahí no se nota tanto, no hablan, a veces pasan a estar intubados o entran en coma farmacológico, por ahí no se nota tanto el vínculo esmerado en ponerse en su lugar. Diferencia entre la atención RMP en otros lugares, la ventaja de ser empático es que soy católico practicante, es como que de arriba están mirando todo lo que haces continuamente, Dios te graba y te filma todo lo que haces, una vez que te morís vas a un juicio y ahí defiendes tus acciones, o estas orgulloso... Dios lo está viendo constantemente lo que hace, mirando lo que hacemos, por eso, yo no lo hago, pero al final del día haces un examen de conciencia y pide perdón por lo pecados. La empatía, eh... uno no puede ser católico y no ser empático, arriba se están fijando todo lo que haces, y lo que decís. Es arriba, cuestión de lugar. Acordar con Dios, hacer lo que te pide.

 17:3 ¶ 4 Patricia

Me fijo de realizar correctamente la adecuación del esfuerzo limitado en cada caso, creo que eso es una facilidad que solo tenemos los que nos formamos, que en otras áreas podría resultar más difícil de decidir, saber cómo utilizar la herramienta justa, ni más ni menos, no hacer cosas que no van a modificar el proceso de la cura, o que no fue acordado previamente con el equipo y con el paciente. Pienso que es muy importante fomentar la autonomía de nuestros pacientes en la toma de decisiones, les vamos a ofertar las diferentes alternativas y los diferentes escenarios, el paciente elige. Por supuesto, en esto está incluida la familia, pero hay que saber que primero van ellos, fijarnos en que estén listos y aptos, con capacidad autónoma digo, para aceptar o rechazar las propuestas de los tratamientos.

Atención médica interdisciplinaria: Enfoque humano



6:2 ¶ 3 Cristian

(...) La mirada. Mirar a la persona y no a la enfermedad y, en base a eso, armar una estrategia de cuidado para mejorar la calidad de vida. Hay que desestructurarse y poder mirar a la persona enferma, dejar un poco de mirar sólo la enfermedad, los resultados son muy gratificantes, porque nosotros también somos personas que sufrimos, también nos duele, es muy feo que creas que vas a superar todo solo por ser médico, no, eso no. Ponernos con el paciente, con nombre y apellido, con historia clínica, sí, pero bajar lo más posible lo técnico y hacerlo más cercano, tenemos la posibilidad de hacerlo y en equipo, lo que aliviana cualquier dificultad. Cuando aparece la idea de que será mejor morir, trato de preguntarme qué pasa por su cabeza. Trato de ver y escuchar que es un pedido de ayuda, de que se acabe el sufrir, no ser una carga, preservar su autonomía, vivir pero así no. La clave es atender las alarmas. Mi respuesta a cualquier atisbo de eutanasia, si surge en el paciente, si surge en el equipo, es decir no.

Atención médica interdisciplinaria: Problemas logísticos y económicos



7:3 ¶ 4 Eduardo

¿Ejemplos? Recuerdo dos pacientes...algunos nos marcan el tiempo. Otros tienen tratamientos específicos, les preocupa la falta de autocontrol, la pérdida de autonomía, a veces preocupan cosas no relevantes y el paciente se queda a la espera. Hacerles cosas a los pacientes, probar y probar alternativas alarga las cosas, el paciente comienza a quejarse por no tener una vida plena. Es muy importante el equipo multidisciplinario que toquen todos los palos de la baraja. Para mí es importante ofrecerle al paciente las herramientas: la mejora de la calidad de vida, lograr su autonomía, pero a veces hay que contar con recursos, por ejemplo, los respiradores, sería la instrumentación para mantener al enfermo, la otra controlar el entorno, tener acceso a los tratamientos en red con el hospital de alta complejidad, para que todos estamos al tanto del progreso o de la evolución del tratamiento. Estar bien comunicados; con el paciente, con la familia, indispensable, entre nosotros, con el equipo. También incluiría con que movilidad contamos: todos, el paciente, la flia, el hospital, a veces hay que pedir ayuda para trasladar al paciente y no hay móvil, el cruce no te envía el suyo, no se dispone, estamos solos ahí. Y los gastos también nos afecta. Y ahí intervienen las políticas de salud.

Atención médica interdisciplinaria: Atención domiciliaria

 20:1 ¶ 2 Rubén

En nuestro proceso de trabajo a veces detectamos que ciertos pacientes necesitaban otro tipo de atención de forma continua o más seguimientos en domicilio. Notamos esa falta. hacemos una tarea que en un principio te shockea, sentís que los casos son muy difíciles, tenés que resolver y estar muy atento, al principio era una impresión más natural la que tenía... pero que con el tiempo se hizo más exigente, porque al resolver situaciones, otros pacientes buscaron los mismos cuidados y pensamos que algo diferente encuentran, tiene que ser el modo de y tratarlos creo, nos ponemos en su lugar, les decimos que sabemos lo que nos cuenta, que estamos para ayudarlo, le ofrecemos un lugar te diría. Tuvimos que capacitarnos, adquirir herramientas para afrontar las tareas de la mejor manera. Muchos hicimos posgrados en Cuidados Paliativos y pudimos mejorar el trabajo que ya hacíamos.

Atención médica interdisciplinaria: Realización de tareas difíciles

 8:3 ¶ 5 Eugenio

Una de las cosas que me marcó fue una vez en la guardia, llegó un chico tras un accidente de tránsito, todo el cráneo abierto, con mucha pérdida de sangre, al borde de la muerte. Decidí no dejarlo, le hice todo tipo de reanimaciones hasta que lo pasamos al quirófano. Gracias a Dios estaba el neurocirujano. Lo operaron. Pasó el tiempo y estando yo en el hospital. De casualidad me toca ver a una paciente, mientras le preguntaba qué le pasaba, me dijo que estaba mal porque en la sala de hombres estaba su hijo, le dije que yo iría a verlo y le traería noticias de la sala del lado, que no se preocupara, yo no sabía que el chico que había llegado a aquella guardia era el hijo de ella, y ahí estaba, era él. Lo supe cuando me acerqué y me di cuenta de que era el mismo que yo había llevado a quirófano desde la guardia y aún luchaba por su vida. ¡Fue tan difícil comunicar! Con la paciente, con el chico, fue un impacto. Pasó el tiempo, yo estaba más preocupado. Hasta que un día, estando yo en el consultorio viene esta señora con un chico, se acerca y me dice: Gracias doctor, si usted no hubiera hecho lo que hizo, hoy mi hijo no estaría acá conmigo. Y era tanta la sensación de verlo a él que estaba bien, vivo, caminando, hablando... Esa sensación de haber reaccionado, abandonando otras cosas en una guardia, pero viendo más allá en el accionar para salvarlo me marcó.

Atención médica interdisciplinaria: Establecimiento de tratamientos

 7:2 ¶ 3 Eduardo

Hablamos entre nosotros, es muy intenso o frecuente el sufrimiento de los pacientes en las fases avanzadas, se controlan de modo habitual los síntomas, pero cada uno es distinto, y no todos actuamos igual. Trabajamos la practica con los residentes, y trasmitimos nuestra idea de cómo debe realizarse la tarea. ¿Es frecuente que rechacen los tratamientos? No podría decirlo así, creo que la situación por la que atraviesa podría generarlo, creo que si le ofreces alternativas no rechazan, suelen aceptarlos, confían en nosotros te digo, aparte algunos vienen en las últimas, ya sin pretensiones. Decisiones que tomamos día a día, podría decir, Que grado de sedación debe instaurarse, si el

paciente lo pide, si es suficiente; solemos discutir sobre que gravedad esperamos que tenga para ofrecer sedación, y sobre qué haríamos si la rechaza, porque decidir solos es difícil y no somos de hierro, nos causan mucha tristeza nuestros pacientes, yo a veces los veo tristes, esa es la palabra, que hay que combatir, porque si estas triste no quieres hacer nada y nuestros enfermos necesitan, no podemos estar tristes les digo, y dale, salimos de esta, y va a estar bien, a veces creo que nos mentimos para aliviarnos, es difícil, a todos nos involucra a pensar en cosas nuestras, hay que ser profesional, sino, que hacemos acá.

Atención médica interdisciplinaria: Interdisciplinariedad

 2:5 ¶ 4 Alberto

El material para revertir estas posturas es material humano y en mi experiencia, el mayor contacto es con los residentes, otro espacio de interdisciplina seria fundamental el tiempo, para interpretar. Llevo dos años que la jefa de enfermería hablara en el pase, estar estaba, pero no hablaba, por algo, porque no le dan lugar, por cuestiones del poder del médico que se cree que sabe todo. Hay formas de organizar el saber dentro de las instituciones que hacen que alguien hable, o decida junto al paciente.

Atención médica interdisciplinaria: Intervención terapéutica

 13:2 ¶ Maribel

La primera vez que yo me di cuenta que tenía una buena contratransferencia fue el año pasado con una situación de una paciente, que había intentado suicidarse, que llegó derivada de la UPA y después tanto la madre como la paciente, yo me daba cuenta cuando entraba a habitación cómo me miraban, les cambiaba la cara, les cambiaba la expresión, incluso en los controles post alta la intención de ellas era seguir el tratamiento ambulatorio conmigo y yo les decía que no era posible, porque al tener obra social, seguramente seguirían atendiéndose allí, pero la madre me abrazaba y me decía gracias! Vos le salvaste la vida a mi hija! Poder tener registro del dolor ajeno es parte de la relación médico paciente, si yo no entiendo el dolor por el que está pasando el otro, cómo puedo intervenir? Mis emociones las gestiono en mi espacio terapéutico, la tristeza del paciente se gestiona de otra forma, no puedo evitar la tristeza, intento, cuando me hablan del dolor, intento, a través de la palabra, ubicar ponerme en situación, en su vida diaria, para ver que recursos tiene el paciente, recursos positivos para tomarlos, y a que a la vez me alivien también a mí la tristeza. A veces pasa que el paciente no tiene nada, ningún recurso, bueno, pensemos juntos una estrategia para poder avanzar, y no dejar vencernos por el dolor.

 17:10 ¶ 10 Patricia

Si nos piden adelantar la muerte, detenerse a responder siempre, no podés irte de ahí, en silencio, sin explicar. Hay que quedarse, ver por qué lo dice y a veces hay que explorarlo, si tiene un mutismo, esta triste o hay un bloqueo, le pregunto que le preocupa, en que puedo ayudarlo, y a veces no saben que decirme, porque nadie pregunta eso. Que le preocupa sí saben decirlo, muchas veces

es los otros: su pareja, su flia, sus hijos. Qué quiere decir que quiere morir, en definitiva. Nos pasa, sí. Esta el equipo interdisciplinario que suele intervenir de lleno, y ahí nos respaldamos, siempre la interconsulta, solos no.

Atención médica interdisciplinaria: Trabajo en equipo medico

 17:5 ¶ 5 Patricia

Otra intervención es la fase final, el paciente ha perdido funcionalidad, la diferencia son los objetivos, al principio apostar por la supervivencia, la capacidad de relacionarse, la capacidad de autocuidados, de comer, el bienestar el confort. En el final solo preocupa el bienestar, no la funcionalidad. La importancia es saber cómo trabajamos tomando las mínimas decisiones enfocadas todas en cómo aliviar, preguntando, consultando, trabajando en equipo para establecer cómo intervenir.

Atención médica interdisciplinaria: Limitaciones de la intervención

 7:5 ¶ 5 Eduardo

(...) El paciente te dice, quiero aprovechar cada minuto, pero no siempre es fácil, hay mucho que hacer, pero el pedido ya te moviliza... no podes no ser empático ahí... por eso te digo, no creo que no haya empatía, cómo entender sino, las cosas por las que pasamos...sí, es bravo, pero la luchamos con ellos, eso nos alivia o nos tranquiliza, el límite está ahí y por suerte nadie lo niega o lo desconoce, sabemos que hasta cierto punto se puede, después ya no. El paciente debe colaborar, incorporar las modificaciones a su vida, lo mejor sería siempre poder estar controlando, pero eso no es así y tenemos un tiempo de cuidado parcial del paciente, muchas veces lo logrado en el día, cuando volvemos al día siguiente desapareció porque los modos de intervención no se mantuvieron en nuestra ausencia. No me puedo ir pensando en eso, o sí, lo pienso, pero debo separarlo para poder seguir con mi vida y mi función, sino no serviría para nada, no podría seguir atendiendo. Elegí esta especialidad porque el desafío es garantizar la presencia a mi paciente, pero sé que no depende de mí, no somos superhéroes, hay una parte, grande te diría que se escapa de nuestras manos, no se puede pretender que el éxito es completo o que esa dificultad no existe. Pero bueno, continuamos, no se nos mueve la esperanza, Nunca me enoja, aprendí a entender que el proceso de esta especialidad implica este desastre, y que habitamos el desastre y que igual la peleamos con el paciente.

Atención médica interdisciplinaria: Formación interdisciplinaria

 20:3 ¶ 3 Rubén

Que haya distintas disciplinas trabajando trae muchas ventajas, la primera te diría compartir lo difícil, si alguno se siente desmoralizado, los otros responden, si hay que llorar, lo hacemos al lado del otro compañero, pero aparte, siendo con los demás, también sabemos que lo que yo no puedo, el otro puede aportarlo, lo que yo no veo, o no puedo hacer, a veces cuesta hacer todo, o decir que garantizamos que siempre podremos, para eso están los demás creo, y el paciente lo percibe, al menos a mí me pasa que me acerco y puedo brindarme, como quisiera que lo hagan conmigo, me emociono,

sí, me siento afectada, claro, pero para eso nos formamos, para enfrentar estos cuadros, hay también un espíritu solidario creo, salvar vidas es fácil, pero cuando no es así, cuando estamos igual frente a escenas de fin de la búsqueda, te hace falta sostener tu propia emoción con la del otro, a veces el mismo paciente, al menos yo siento alivio en eso, me siento a resguardo, me atrevo más...pero la formación en nuestra especialidad es abarcativa, tenemos las mismas herramientas para enfrentar las dificultades de la esfera social, emocional, espiritual; nos capacitamos para entender la integralidad del paciente, los aportes del conocimiento y la especialidad de cada uno son puntuales, Claudio el psiquiatra puede ayudarnos a elegir una medicación del área de la salud mental, yo puedo aportar algo junto con la especialidad de los médicos de Clínica Médica y Tito, del área de enfermería, pero el

Atención integral

Codificación inicial / RMP

Atención integral: Ayuda

 6:4 ¶ 3 Cristian

¿Te das cuenta de que sí o sí modifica todo? Porque nos duele, nos pone tristes, pero porque además sin empatía seríamos incapaces de hacer nada, yo creo que renunciaría...y estar contenidos nosotros, no, eso también, sino caes en un pozo y hay que sacarte a vos, es cuidar al otro, si no sabes nadar, no pretendas ir al mar a salvarlo, porque se hunden juntos. Es todo un desafío en el que se intenta dar, pero también se recibe mucho, porque uno se nutre de las familias y los pacientes que acompaña.

 16:1 ¶ 2 Oscar

Empatía es por ejemplo lo que hicimos con un paciente que estaba sin silla de ruedas y no podía salir del cuarto. Nosotros nos dijimos bueno, vamos a buscarlo y lo fuimos a buscar para que viniera a festejar con nosotros el encuentro de navidad. Eso fue muy emotivo. Al año siguiente pudo venir sin la silla, caminando con la ayuda de un bastón y estuvo muy feliz de compartir la reunión con nosotros. ¿Sirve como definición? Es fundamental para trabajar cada día.

Atención integral: Proceso de consentimiento informado

 2:2 ¶ 2 Alberto

¡Yo les pregunto a mis residentes, y me lo contestan! Algo falló, lo mismo sucede como catalogamos los distintos servicios en cuanto a la incidencia de la tasa de mortalidad. No se nos ocurre pensarlo en el final de vida, Se vive trágicamente, sin entender que es parte de la vida. Hablar de esto, lo necesitamos. Lo que se atiende es gente, que le pasan cosas, en un momento determinado se le atraviesa la enfermedad, que es la otra cuestión, nosotros creemos que la enfermedad es una constante, en realidad la gente vive su vida y se enferma de repente, cuando nos pasa nosotros nos damos cuenta. No sabemos cuándo y cómo arreglar las cosas, las situaciones, no pensamos en el otro hasta que no nos pasa. Verlo en lo práctico, No se puede explicar el CI en lo abstracto, ese proceso

tenía que estar antes. Es para el abogado... pero es otra cosa, el instrumento legal es la consecuencia del proceso del consentimiento, si yo tengo un formulario de CI es porque pude informarle a mi paciente, el proceso es importante, sino es mentira. Falseo la verdad. No supe hacer la práctica.

Atención integral: Valentía

 8:3 ¶ 5 Eugenio

Una de las cosas que me marcó fue una vez en la guardia, llegó un chico tras un accidente de tránsito, todo el cráneo abierto, con mucha pérdida de sangre, al borde de la muerte. Decidí no dejarlo, le hice todo tipo de reanimaciones hasta que lo pasamos al quirófano. Gracias a Dios estaba el neurocirujano. Lo operaron. Pasó el tiempo y estando yo en el hospital. De casualidad me toca ver a una paciente, mientras le preguntaba qué le pasaba, me dijo que estaba mal porque en la sala de hombres estaba su hijo, le dije que yo iría a verlo y le traería noticias de la sala del lado, que no se preocupara, yo no sabía que el chico que había llegado a aquella guardia era el hijo de ella, y ahí estaba, era él. Lo supe cuando me acerqué y me di cuenta de que era el mismo que yo había llevado a quirófano desde la guardia y aún luchaba por su vida. ¡Fue tan difícil comunicar! Con la paciente, con el chico, fue un impacto. Pasó el tiempo, yo estaba más preocupado. Hasta que un día, estando yo en el consultorio viene esta señora con un chico, se acerca y me dice: Gracias doctor, si usted no hubiera hecho lo que hizo, hoy mi hijo no estaría acá conmigo. Y era tanta la sensación de verlo a él que estaba bien, vivo, caminando, hablando... Esa sensación de haber reaccionado, abandonando otras cosas en una guardia, pero viendo más allá en el accionar para salvarlo me marcó.

Atención integral: Solidaridad

 16:1 ¶ 2 Oscar

Empatía es por ejemplo lo que hicimos con un paciente que estaba sin silla de ruedas y no podía salir del cuarto. Nosotros nos dijimos bueno, vamos a buscarlo y lo fuimos a buscar para que viniera a festejar con nosotros el encuentro de navidad. Eso fue muy emotivo. Al año siguiente pudo venir sin la silla, caminando con la ayuda de un bastón y estuvo muy feliz de compartir la reunión con nosotros. ¿Sirve como definición? Es fundamental para trabajar cada día.

 20:3 ¶ 3 Rubén

Que haya distintas disciplinas trabajando trae muchas ventajas, la primera te diría compartir lo difícil, si alguno se siente desmoralizado, los otros responden, si hay que llorar, lo hacemos al lado del otro compañero, pero aparte, siendo con los demás, también sabemos que lo que yo nos e, el otro puede aportarlo, lo que yo no veo, o no puedo hacer , a veces cuesta hacer todo, o decir que garantizamos que siempre podremos, para eso están los demás creo, y el paciente lo percibe, al menos a mí me pasa que me acerco y puedo brindarme , como quisiera que lo hagan conmigo, me emociono, sí, me siento afectada, claro, pero para eso nos formamos, para enfrentar estos cuadros, hay también un espíritu solidario creo, salvar vidas es fácil, pero cuando no es así, cuando estamos igual frente a escenas de fin de la búsqueda, te hace falta sostener tu propia emoción con la del otro, a veces el

mismo paciente, al menos yo siento alivio en eso, me siento a resguardo, me atrevo más...pero la formación en nuestra especialidad es abarcativa, tenemos las mismas herramientas para enfrentar las dificultades de la esfera social, emocional, espiritual; nos capacitamos para entender la integralidad del paciente, los aportes del conocimiento y la especialidad de cada uno son puntuales, Claudio el psiquiatra puede ayudarnos a elegir una medicación del área de la salud mental, yo puedo aportar algo junto con la especialidad de los médicos de Clínica Médica y Tito, del área de enfermería, pero el

Atención integral: Colaboración



6:1 ¶ 2 Cristian

Ser empático es querer ayudar al otro. Desde los sentimientos, con espíritu de colaboración, de asistencia, es saber cómo se siente sin que te lo diga y casi te digo, sentirse igual, pero bueno, sabemos que nosotros somos quienes lo cuidaremos, recibirlo con amabilidad y afecto, para que se sienta confiado, tampoco ahogarse junto con ellos, a la empatía es necesaria y fundamental sino no podés atender este tipo de patologías. En la guardia te das cuenta, cuando las crisis llegan y es ya la respuesta, hay que actuar, hay que decidir rápido y parece que tenés que ser calculador, igual, sin un poco de consideración es imposible, pasar la urgencia, sí, pero luego volver a la calma y reflexionar en la situación del paciente. La guardia no es el lugar adecuado igual, pero a veces no hay otro. Es importante tener disposición y ganas de atenderlos, buscar las herramientas precisas, saber hacer, no se puede improvisar, el conocimiento, la formación es muy importante. Con María veíamos pacientes cada uno por nuestro lado y siempre nos encontrábamos, compartíamos las vivencias, yo a veces necesito de la parte médica, de otra especialidad y ella de todo lo que hace a lo emocional, así que sí, trabajar en equipo es clave. Estos enfermos necesitan de compañía y de cuidados que no siempre es un fármaco o un procedimiento técnico, la presencia nuestra es clave.

Atención integral: Escucha activa



12:1 ¶ 2 Juan

Es más de docencia que de ejercicio médico, hay veces que hay que recordar que los médicos somos docentes, deberíamos serlo, también uno puede explicarle al paciente que es lo que le pasa, entenderlo es escucharlo, entender que escuchar, habilitar el poder de la escucha, desde ahí podemos ayudar un montón, no somos los dueños de la verdad, desde el otro lado, muchas veces no escuchamos que la gente por ahí, en la ansiedad, de hacerles entender que pueden hablar, que pueden pedir ayuda para que la pasen un poco mejor. Es como enseñar y transmitir. Somos verticalistas y no se escucha del otro lado un gesto, interpretar un gesto, el otro habla con la mirada, con la mirada, la expresión del otro se borró porque estaba oculto, y eso es ser sensible el lenguaje corporal, yo hago patología mamaria.

Atención integral: Contratransferencia



13:1 ¶ 2 Maribel

La empatía yo la entiendo como la capacidad de ponerse en el lugar de la persona con la que estoy interactuando, puede ser un paciente, puede ser la familia. El concepto me parece muy relevante en la práctica médica, porque si yo no tengo la capacidad de ponerme en el lugar del paciente como voy a pensar en un tratamiento prolongado, para que pueda entender la importancia de la adherencia, tanto él como la familia. Suelo ponerme en el lugar de mi paciente. A mi muchas veces me pasa que hay situaciones que me movilizan, y trato de hacer por el otro lo que me hubiese gustado que hicieran conmigo en situaciones personales, ventajas? Logro una buena contratransferencia con mis pacientes, me pasa que vienen a la guardia y me buscan, vienen a l consultorio y me buscan, los pacientes que están internados, tanto los pacientes como la familia, me buscan a mí. Y también lo que me pasa con mis compañeros, tanto del servicio como de otros servicios, o las enfermeras, también me buscan a mí, porque ven como es el vínculo que tengo con mis pacientes.



13:2 ¶ 3 Maribel

La primera vez que yo me di cuenta que tenía una buena contratransferencia fue el año pasado con una situación de una paciente, que había intentado suicidarse, que llegó derivada de la UPA y después tanto la madre como la paciente, yo me daba cuenta cuando entraba a habitación cómo me miraban, les cambiaba la cara, les cambiaba la expresión, incluso en los controles post alta la intención de ellas era seguir el tratamiento ambulatorio conmigo y yo les decía que no era posible, porque al tener obra social, seguramente seguirían atendiéndose allí, pero la madre me abrazaba y me decía gracias! Vos le salvaste la vida a mi hija! Poder tener registro del dolor ajeno es parte de la relación médico paciente, si yo no entiendo el dolor por el que está pasando el otro, cómo puedo intervenir? Mis emociones las gestiono en mi espacio terapéutico, la tristeza del paciente se gestiona de otra forma, no puedo evitar la tristeza, intento, cuando me hablan del dolor, intento, a través de la palabra, ubicar ponerme en situación, en su vida diaria, para ver que recursos tiene el paciente, recursos positivos para tomarlos, y a que a la vez me alivien también a mí la tristeza. A veces pasa que el paciente no tiene nada, ningún recurso, bueno, pensemos juntos una estrategia para poder avanzar, y no dejar vencernos por el dolor.

Atención integral: Acceso a recursos



7:3 ¶ 4 Eduardo

¿Ejemplos? Recuerdo dos pacientes...algunos nos marcan el tiempo. Otros tienen tratamientos específicos, les preocupa la falta de autocontrol, la pérdida de autonomía, a veces preocupan cosas no relevantes y el paciente se queda a la espera. Hacerles cosas a los pacientes, probar y probar alternativas alarga las cosas, el paciente comienza a quejarse por no tener una vida plena. Es muy importante el equipo multidisciplinario que toquen todos los palos de la baraja. Para mí es importante ofrecerle al paciente las herramientas: la mejora de la calidad de vida, lograr su autonomía, pero a veces hay que contar con recursos, por ejemplo, los respiradores, sería la instrumentación para mantener al enfermo, la otra controlar el entorno, tener acceso a los tratamientos en red con el hospital de alta complejidad, para que todos estamos al tanto del progreso o de la evolución del tratamiento. Estar bien comunicados; con el paciente, con la familia, indispensable, entre

nosotros, con el equipo. También incluiría con que movilidad contamos: todos, el paciente, la flia, el hospital, a veces hay que pedir ayuda para trasladar al paciente y no hay móvil, el cruce no te envía el suyo, no se dispone, estamos solos ahí. Y los gastos también nos afecta. Y ahí intervienen las políticas de salud.

Atención integral: Significado



8:3 ¶ 5 Eugenio

Una de las cosas que me marcó fue una vez en la guardia, llegó un chico tras un accidente de tránsito, todo el cráneo abierto, con mucha pérdida de sangre, al borde de la muerte. Decidí no dejarlo, le hice todo tipo de reanimaciones hasta que lo pasamos al quirófano. Gracias a Dios estaba el neurocirujano. Lo operaron. Pasó el tiempo y estando yo en el hospital. De casualidad me toca ver a una paciente, mientras le preguntaba qué le pasaba, me dijo que estaba mal porque en la sala de hombres estaba su hijo, le dije que yo iría a verlo y le traería noticias de la sala del lado, que no se preocupara, yo no sabía que el chico que había llegado a aquella guardia era el hijo de ella, y ahí estaba, era él. Lo supe cuando me acerqué y me di cuenta de que era el mismo que yo había llevado a quirófano desde la guardia y aún luchaba por su vida. ¡Fue tan difícil comunicar! Con la paciente, con el chico, fue un impacto. Pasó el tiempo, yo estaba más preocupado. Hasta que un día, estando yo en el consultorio viene esta señora con un chico, se acerca y me dice: Gracias doctor, si usted no hubiera hecho lo que hizo, hoy mi hijo no estaría acá conmigo. Y era tanta la sensación de verlo a él que estaba bien, vivo, caminando, hablando... Esa sensación de haber reaccionado, abandonando otras cosas en una guardia, pero viendo más allá en el accionar para salvarlo me marcó.

Atención integral: Compromiso



8:5 ¶ 7 Eugenio

El médico es un pilar fundamental en toda la sociedad, pero hoy en día está muy desvalorizado en su atención, en su proceder, porque económicamente no es lo que uno debería cobrar por hacer esto, por estar al servicio de los demás. A veces estamos más con el paciente que con nuestras propias familias y eso nos marca destinos, los hijos nos pasan factura. Por eso, se debería darle un mérito más al médico y saber qué hace lo imposible para tratar de solucionar y darle un mayor confort y una mejor atención al paciente.

Atención integral: Firmeza



10:21 ¶ 4 Juan Carlos

Como gestiona sus propias emociones, ¿cómo descargo? ¿Como me arreglo? Si me toca una situación apremiante soy el tipo más frío. Para no ponerse nervioso, no dudar no equivocarse. Actuar frente a los que se presenta que está perdido, tartar de recuperarlo y ser el tipo más frío. No paralizarse. En silencio, actuando con convicción y determinación, un tempano de hielo. Fuerte.

Atención integral: Rechazo

 11:4 ¶ 3 Juan Pablo

Se me han caído lágrimas, he puteado de la impotencia, he echado gente de mi lado que pretendió consolarme, vos viniste a buscar otra cosa que yo no te la puedo dar, he dicho, hasta acá sí, hasta acá no, Después te vas fortaleciendo y pareces frontalizado en las decisiones para que la emoción no te gane, no se cobrar, por eso soy pobre, reprimo mucho las emociones, si me preguntan cuanto tiempo me queda , no hay que mentir, no sabemos cuánto queda, no lo sabemos, otra respuesta suele ser, todos nos vamos a morir, te preguntan por qué a mí, y yo pienso porque no? Los médicos cubrimos al psicólogo, porque llegamos antes... un psicólogo filtraría si la relación va a ser permeable, si el paciente va a querer aceptar o no los tratamientos. Me han pedido la eutanasia, si, muchas veces, mi postura no la dire. Nunca dije sí. En pacientes terminales, en pacientes sanos o depresivos, no te voy a decir que opino. No es un problema hablar de eutanasia en el equipo médico, me pasa que la muerte no me da miedo, no me preocupa, pero si la transición, como llegas, en qué condiciones llega el paciente.

Atención integral: Familia

 2:3 ¶ 3 Alberto

Cuando llevaba a los residentes a dar informes, si nosotros hiciéramos esto que hacemos en EE. UU., iríamos presos, porque le informamos a la familia, ahí no hacen eso, le informan al paciente, no a la familia, solo si el paciente autoriza se le informa a la familia, nosotros de hecho, informamos primero a la familia, sino te matan si no le informas, el residente le informaba: tuvimos que hacer una cesárea porque hubo una distosia dinámica, el familiar miraba sin entender. Lo interesante es que ese residente en el pase de sal, media hora antes, si yo preguntaba, me decían hicimos la cesárea porque no bajo la cabecita. Eso es un ejercicio de poder, la palabra es un ejercicio de poder, imagínate frente a la muerte, pretendemos que entienda la primera vez que le doy una mala noticia... al menos después de 4 entrevistas puedes creer que ya lo sabe, el paciente repregunta, no hay que meterse en recovecos en la práctica, no hace falta, que el paciente no se sienta juzgado, que el otro no este solo cuando tiene que decidir, Cuando llegamos a ese espacio de muerte digna, o últimos momentos de vida digna , eso es lo que hay que trabajar y no hay posibilidad de pensarlo en soledad, esto involucra a la flia, sus amigos, todo entra en el tratamiento, hay transversalidad absoluta.

 4:1 ¶ 2 Antonio

Se acostumbra a relacionar cuidados paliativos con terminalidad y muy lejos está de ser eso. Los cp abarcan un aspecto mucho más integral que exclusivamente la enfermedad en sí, y tiene una particularidad y es que se trabaja con el binomio paciente familia. Se hace mucho hincapié en a partir de cuando se comienza a trabajar en CP, cuando ya el paciente tiene una enfermedad terminal y ya no tiene cura El equipo de CP tratar de actuar desde los primeros estadios de la enfermedad. Si yo tengo una enfermedad oncológica , va a haber opciones terapéuticas en el camino, va a haber diferentes líneas de tratamientos, pero desde ese momento ya empezamos a trabajar con el paciente y su familia, Todos sabemos que nacemos , crecemos maduramos, nos reproducimos, nos

enfermamos y finalmente fallecemos, debemos aceptar esa última etapa con la diferencia de que quienes estamos para entender esa última etapa, debemos asesorar a la familia para darle todas las herramientas, para que el paciente tenga el mejor final posible. Ahí empiezan un montón de idas y vueltas: no, papa tiene que terminar en su casa, no en el hospital, no, tenemos que llevarlo a una institución, intentamos apaciguar un poco todo esto, hablar con la familia, ser el nexo con las obras sociales, etc. para intentar dar lo mejor en el final de la vida.

Atención integral: Camaradería

 5:2 ¶ 2 Carolina

Si le pones mucha energía, al final del día, sentís que te vaciaste, quedas como agotado, pero pienso que valió la pena, porque le hiciste un bien a la persona, si lograste una sonrisa, es lo que te reconforta de la atención médica, no es solo el acto médico, sino el decir yo hice algo por esta persona a lo mejor necesitaba que la escucharan, y bueno y valió la pena, cansarse, en el fondeo reconforta si fue con ese objetivo.

Atención integral: Juicio

 15:4 ¶ 3 Nicolás

Se puede hablar libremente, pero hay mucho por aclarar al respecto, las situaciones de muerte abundan y la empatía no debe abrumar. En primer lugar hay que escuchar que es lo que está pasando con el equipo médico en su conjunto, también por supuesto con el paciente y su familia, los abordajes no pueden ser individualizados, deben contemplar un equipo tratante y un paciente en su entorno. Son el eje de la decisión. Evaluar sus condiciones psíquicas, que no tenga patología que le produzca pérdida del juicio, que esté en condiciones de decidir, que decida desde la lucidez, que sus decisiones no vayan en contra de salvar su vida o de querer perderla. Trabajar con la propia frustración médica al no poder hacer eso para lo cual hemos sido formados, que es salvar vidas. No hay ley por suerte y eso nos pone a salvo. El compromiso es altísimo. Si es ilegal ya respondimos creo.

Atención integral: Adaptabilidad en el lenguaje

 10:18 ¶ 3 Juan Carlos

Ejemplo en la práctica: te puedo 50000. A veces hay que ser descaradamente drástico, un desafío es transmitir la información y es fundamental que el paciente o su familiar sepa cuál es la magnitud del problema. Actuar mejor y sin condicionamientos cuando podés decir la verdad, la falla es que no se sabe transmitir, en el lenguaje, al familiar. Acá ves gente con bajo nivel cultural, no vendes ilusión ni mentirle, o hablarle difícil. Hablarle con términos simples, que sepa la gravedad del problema pero que sepa que jamás lo vamos a abandonar, es un desafío, tienes que dedicarle tiempo y tener sagacidad, la gente no come vidrio, la gente sabe en la forma en que le hablas y en eso fallamos mucho, bastante. La forma en que le hablamos, decirle en términos técnicos, le suena a sanata. Hablar con convicción y convencimiento, la persona se va a percatar. Es ponerse en el lugar del otro para saber cómo te gustaría que te expliquen para poder entender. Muchos dicen a la empatía, pero no lo

consideran al paciente un igual, un semejante. La empatía es la comprensión. Cuanto más instruido, más comprensivo, más empático.

Atención integral: Gratitud



8:3 ¶ 5 Eugenio

Una de las cosas que me marcó fue una vez en la guardia, llegó un chico tras un accidente de tránsito, todo el cráneo abierto, con mucha pérdida de sangre, al borde de la muerte. Decidí no dejarlo, le hice todo tipo de reanimaciones hasta que lo pasamos al quirófano. Gracias a Dios estaba el neurocirujano. Lo operaron. Pasó el tiempo y estando yo en el hospital. De casualidad me toca ver a una paciente, mientras le preguntaba qué le pasaba, me dijo que estaba mal porque en la sala de hombres estaba su hijo, le dije que yo iría a verlo y le traería noticias de la sala del lado, que no se preocupara, yo no sabía que el chico que había llegado a aquella guardia era el hijo de ella, y ahí estaba, era él. Lo supe cuando me acerqué y me di cuenta de que era el mismo que yo había llevado a quirófano desde la guardia y aún luchaba por su vida. ¡Fue tan difícil comunicar! Con la paciente, con el chico, fue un impacto. Pasó el tiempo, yo estaba más preocupado. Hasta que un día, estando yo en el consultorio viene esta señora con un chico, se acerca y me dice: Gracias doctor, si usted no hubiera hecho lo que hizo, hoy mi hijo no estaría acá conmigo. Y era tanta la sensación de verlo a él que estaba bien, vivo, caminando, hablando... Esa sensación de haber reaccionado, abandonando otras cosas en una guardia, pero viendo más allá en el accionar para salvarlo me marcó.



10:19 ¶ 3 Juan Carlos

Caso clínico: varias veces, he hecho cosas que no debería hacer, una vez un paciente de 32 años, había que hacer una intubación intraqueal y no se veía nada y ya estaba a en paro respiratorio y a pesar de que tengo bastante destreza para intubar, no pude y agarre y le metí un tubo con alambre, lo clave literalmente, y lo logre salvar y me fui al cuarto de al lado a decir gracias dios mío, después nos dimos cuenta de que la tráquea estaba tapada con un tumor, un seminoma, pero vivió. Nadie nace para la. La vocación es la de servicio. Tratar de hacer lo que hacemos de la mejor manera posible, y tratar de ser útil de la mejor forma y transmitir lo que sabes. Repara en los gestos y expresiones no verbales, me llama la atención la locuacidad, cuando entra ya te das cuenta, la mujer, mucho más lucida que los varones, en los consultorios las mujeres hablan por su compañero, te das cuenta de que va a tomar la iniciativa por la forma de caminar, el varón se deja manejar dar los remedios, buscar el tratamiento. y no tiene que saber quién maneja el seguimiento, uno debe darle el lugar al paciente, no volverlo dependiente, dejarlo que se exprese por sus propios medios y no actuar con soberbia. No equivocarse al actuar con soberbia. Se puede hacer un semblanteo de su lenguaje corporal, como se sienta como se mueve en la consulta, que responde. Hay que saber discernir.

Atención integral: Amenaza



17:8 ¶ 8 Patricia

Trabajamos con situaciones de dolor y sufrimiento que se perciben como amenaza. El paciente lo siente como propio como único y va a ser muy diferente según el momento en que transite su enfermedad.

Atención integral: Valoración



8:5 ¶ 7 Eugenio

El médico es un pilar fundamental en toda la sociedad, pero hoy en día está muy desvalorizado en su atención, en su proceder, porque económicamente no es lo que uno debería cobrar por hacer esto, por estar al servicio de los demás. A veces estamos más con el paciente que con nuestras propias familias y eso nos marca destinos, los hijos nos pasan factura. Por eso, se debería darle un mérito más al médico y saber qué hace lo imposible para tratar de solucionar y darle un mayor confort y una mejor atención al paciente.

Atención integral: Sedación



7:2 ¶ 3 Eduardo

Hablamos entre nosotros, es muy intenso o frecuente el sufrimiento de los pacientes en las fases avanzadas, se controlan de modo habitual los síntomas, pero cada uno es distinto, y no todos actuamos igual. Trabajamos la práctica con los residentes, y transmitimos nuestra idea de cómo debe realizarse la tarea. ¿Es frecuente que rechacen los tratamientos? No podría decirlo así, creo que la situación por la que atraviesa podría generarlo, creo que si le ofreces alternativas no rechazan, suelen aceptarlos, confían en nosotros te digo, aparte algunos vienen en las últimas, ya sin pretensiones. Decisiones que tomamos día a día, podría decir, Que grado de sedación debe instaurarse, si el paciente lo pide, si es suficiente; solemos discutir sobre que gravedad esperamos que tenga para ofrecer sedación, y sobre qué haríamos si la rechaza, porque decidir solos es difícil y no somos de hierro, nos causan mucha tristeza nuestros pacientes, yo a veces los veo tristes, esa es la palabra, que hay que combatir, porque si estas triste no quieres hacer nada y nuestros enfermos necesitan, no podemos estar tristes les digo, y dale, salimos de esta, y va a estar bien, a veces creo que nos mentimos para aliviarnos, es difícil, a todos nos involucra a pensar en cosas nuestras, hay que ser profesional, sino, que hacemos acá.



11:3 ¶ 3 Juan Pablo

La relación médico paciente es un matrimonio pero de a tres: el paciente, el médico y la familia, un poco difícil... las emociones propias, que me llevo yo... está mal... a mí se me han caído lagrimas delante del paciente, lágrimas de dolor, de tristeza de impotencia, no sé si está bien o mal, me ha tocado con pacientes muy jóvenes que sabes que se van a morir, que ellos saben que se van a morir, hace poco un paciente joven con cáncer de testículo donde su hijo se estaba yendo de viaje de egresados a Bariloche, el hijo no quería viajar porque su papa se moría que seguramente se iba a morir mientras él estaba de viaje y su papa no se quería morir porque su hijo estaba en Bariloche para que no se sienta culpable, tuve que sedarlo mientras el chico estaba en Bariloche y estirar la agonía

para ver que llegara vivo el padre al regreso del hijo para que este no se sintiera culpable de haberse ido. Mi primer paciente de paliativos fue una nena de 14 años, donde la nena me enseñó tantas cosas, era un adulto.

Atención integral: Acompañamiento familiar

 13:3 ¶ 3 Maribel

Situación vida o muerte, me pasó una viejita, cuya familia no quería métodos invasivos, la señora no podía emitir ninguna palabra, el trabajo de acompañamiento era con la familia, esa familia, pese a seguir su voluntad de la señora, la culpa los siguió durante toda la internación de la señora, hasta que la paciente falleció. Acompañar a la familia es relevante. La situación de etapa terminal, la realidad es la evaluación del paciente, si puede dar cuenta de cómo lo quiere transitar esos últimos momentos de la vida, determinar alguna escala para medir el sufrimiento psíquico, probablemente exista y la tendría que buscar, sí me pasa a mí en la práctica diaria, después de un tiempo en este servicio, uno se da cuenta cuando el familiar simula, lo que te da el terreno es que te puedes dar cuenta por la mirada por los gestos, todo, incluso una persona quebrada en llanto puede estar simulando, obviamente de todo se deja registro y las impresiones que uno tiene, pero es difícil cuando el profesional no tiene tanta experiencia es como que invierte un tiempo que realmente en definitiva sé que no va a llegar a nada esa intervención, porque el paciente o la familia ya decidió.

Atención integral: Duelo

 2:3 ¶ 3 Alberto

Cuando llevaba a los residentes a dar informes, si nosotros hiciéramos esto que hacemos en EE. UU., iríamos presos, porque le informamos a la familia, ahí no hacen eso, le informan al paciente, no a la familia, solo si el paciente autoriza se le informa a la familia, nosotros de hecho, informamos primero a la familia, sino te matan si no le informas, el residente le informaba: tuvimos que hacer una cesárea porque hubo una distosia dinámica, el familiar miraba sin entender. Lo interesante es que ese residente en el pase de sal, media hora antes, si yo preguntaba, me decían hicimos la cesárea porque no bajo la cabecita. Eso es un ejercicio de poder, la palabra es un ejercicio de poder, imagínate frente a la muerte, pretendemos que entienda la primera vez que le doy una mala noticia... al menos después de 4 entrevistas puedes creer que ya lo sabe, el paciente repregunta, no hay que meterse en recovecos en la práctica, no hace falta, que el paciente no se sienta juzgado, que el otro no este solo cuando tiene que decidir, Cuando llegamos a ese espacio de muerte digna, o últimos momentos de vida digna, eso es lo que hay que trabajar y no hay posibilidad de pensarlo en soledad, esto involucra a la familia, sus amigos, todo entra en el tratamiento, hay transversalidad absoluta.

 9:7 ¶ 7 Fernando

Como gestionar las propias emociones: yo antes de morir mi papa era muy duro, no sé si por esta actividad o qué, pero era muy duro, después, me ablande, dando informes es muy difícil, se me

llenar los ojos de lágrimas, el mundo lo ve débil, es mucho mejor eso, a que tengas corazón de piedad, eso no es una ventaja, me di cuenta de que estaba haciendo cualquier cosa. Mi padre tenía Alzheimer. Su muerte me hizo girar mi forma de ver todo. Toda la culpa con la que me quedé no podía pensar, no podía trabajar, sentía que no había tomado buenas decisiones, vi que era cosa no andaba pero me dormí en actuar, en tomar responsabilidades, soy médico. Estaba implicado, después esas decisiones no las toma uno, Dios te da la claridad y la guía para tomar buenas decisiones y no malas, por ej., dejarlo que le hagan eso, que lo hubiera sacado de ahí y lo hubiera trasladado. Esto no fue de un día para otro. Mi padre murió y estuve dos meses sin dormir, sentía que me acusaban de las opciones que tomé. Ahora eso lo resuelvo en mis pacientes, ya no me dé entiendo, me hago cargo, no miro para otro lado. Como si pudiera reparar algo. Acá no podés vivir con medio tanque lleno porque esto te fulmina, debes tener el espíritu arriba, si estas de capa caída te fulmina cabeza y corazón. Yo estuve destruido, no pude atender correctamente, lloraba estaba deprimido, muy muy triste.

Atención integral: Lenguaje corporal



12:1 ¶ 2 Juan

Es más de docencia que de ejercicio médico, hay veces que hay que recordar que los médicos somos docentes, deberíamos serlo, también uno puede explicarle al paciente que es lo que le pasa, entenderlo es escucharlo, entender que escuchar, habilitar el poder de la escucha, desde ahí podemos ayudar un montón, no somos los dueños de la verdad, desde el otro lado, muchas veces no escuchamos que la gente por ahí, en la ansiedad, de hacerles entender que pueden hablar, que pueden pedir ayuda para que la pasen un poco mejor. Es como enseñar y transmitir. Somos verticalistas y no se escucha del otro lado un gesto, interpretar un gesto, el otro habla con la mirada, con la mirada, la expresión del otro se borró porque estaba oculto, y eso es ser sensible el lenguaje corporal, yo hago patología mamaria.

Atención integral: Reconocimiento



8:5 ¶ 7 Eugenio

El médico es un pilar fundamental en toda la sociedad, pero hoy en día está muy desvalorizado en su atención, en su proceder, porque económicamente no es lo que uno debería cobrar por hacer esto, por estar al servicio de los demás. A veces estamos más con el paciente que con nuestras propias familias y eso nos marca destinos, los hijos nos pasan factura. Por eso, se debería darle un mérito más al médico y saber qué hace lo imposible para tratar de solucionar y darle un mayor confort y una mejor atención al paciente.

Atención integral: Comunicación



2:5 ¶ 4 Alberto

El material para revertir estas posturas es material humano y en mi experiencia, el mayor contacto es con los residentes, otro espacio de interdisciplina sería fundamental el tiempo, para interpretar. Llevo dos años que la jefa de enfermería hablara en el pase, estar estaba, pero no hablaba,

por algo, porque no le dan lugar, por cuestiones del poder del médico que se cree que sabe todo. Hay formas de organizar el saber dentro de las instituciones que hacen que alguien hable, o decida junto al paciente.



10:18 ¶ 3 Juan Carlos

Ejemplo en la práctica: te puedo 50000. A veces hay que ser descaradamente drástico, un desafío es transmitir la información y es fundamental que el paciente o su familiar sepa cuál es la magnitud del problema. Actuar mejor y sin condicionamientos cuando podés decir la verdad, la falla es que no se sabe transmitir, en el lenguaje, al familiar. Acá ves gente con bajo nivel cultural, no vendes ilusión ni mentirle, o hablarle difícil. Hablarle con términos simples, que sepa la gravedad del problema pero que sepa que jamás lo vamos a abandonar, es un desafío, tienes que dedicarle tiempo y tener sagacidad, la gente no come vidrio, la gente sabe en la forma en que le hablas y en eso fallamos mucho, bastante. La forma en que le hablamos, decirle en términos técnicos, le suena a sanata. Hablar con convicción y convencimiento, la persona se va a percatar. Es ponerse en el lugar del otro para saber cómo te gustaría que te expliquen para poder entender. Muchos dicen a la empatía, pero no lo consideran al paciente un igual, un semejante. La empatía es la comprensión. Cuanto más instruido, más comprensivo, más empático.



20:2 ¶ 3 Rubén

Está muy incorporada la idea de que si el medico no cura no sirve, eso nos enoja, no entienden o no saben, hablan sin conocer lo que hacemos acá... que la medicina tiene que ser para curar. Si te cuento... lidiar con lo triste de saber que avanzaremos poco... o que la esperanza nos será de poco tiempo, que tarde o temprano tendremos que afrontar que el paciente se muera, y lo peor es que el paciente no está ausente, a veces, sí, pero cuando saben o cuando registran lo que sucede, lo que va a pasar o te preguntan, y con nuestros pacientes, tenemos que desarmar esa idea de que no hay nada para hacer. Y siempre tener presente que mientras haya vida, hay muchísimo por hacer. Hay una mirada, una escucha, una palabra para generar bienestar. Curar no es el único objetivo de la medicina. Pero somos exitistas, nos quedamos con que solo sirve lo que cura y nos olvidamos del 90% de las situaciones de la medicina que pasan por aliviar, acompañar y estar.

Atención integral: Límite



15:2 ¶ 3 Nicolás

Ejemplos de la práctica... te cuento de Marita que decía que quería morirse porque molestaba... llevó tanto tiempo demostrarle lo contrario... yo estaba desesperado porque los días pasaban y no sucedía nada, no podíamos hacer que suceda algo que le demostrase lo contrario, que valía la pena atravesar estos momentos, sufrientes sí, pero que había allí un sentido, que a alguien más le importaba lo que sucedía con su estado de salud y que no era desde la molestia... me encontré buscando ayuda en muchos lugares impensados, yo también necesitaba los resultados, era una cuestión muy personal, me di cuenta que me estaba haciendo mal, embarcarme así en una búsqueda

de soluciones que a veces no estaban tan cerca, que se trataba de darse cuenta del límite y que había que aceptarlo.

Atención integral: Religión

 8:4 ¶ 5 Eugenio

De ahí pasé a UTI, no podría estar en otro lugar del hospital, siento que algo se aviva en cada situación que enfrentamos donde se juega salvar la vida de un paciente. Millones de emociones, pero creo que salimos adelante, mejoramos un montón, crecimos, aprendimos a tomar decisiones con más calma, aprendimos a regularnos si estamos tristes, y hablamos de la muerte todo el tiempo y eso obliga a salir de acá, volver a casa y resetear, buscar en nuestras vidas lo que nos alivia para volver a cuidarlos al día siguiente. Es muy enriquecedor compartirlo, hace bien. ¿Qué debe tener un médico para atender en zonas críticas? Sobre todo, calidad humana, tiene que entender que debe dar soluciones y poseer mucha vocación, que es fundamental, porque así se pueden conseguir las cosas, aunque no se las tenga, se las consigue. Y la fe en Dios, que te marca. Y una de estas circunstancias era la mano de Dios.

 9:1 ¶ 2 Fernando

Empatía es ponerse en el lugar del otro. El concepto me parece un montón de relevante en la práctica, porque es ponerte en el lugar del paciente, para atender al paciente como si te atendieses a vos mismo. Suelo hacerlo, trato de ser lo más profesional y humano posible. Yo lo hago todo el tiempo, los pacientes están en una cama sin moverse, mucha cosa, pero donde más se nota es en el trato con la familia, dejarlos pasar un ratito más, informarlo mejor, sin hay informe antes, darlo, si hay que hablar más tiempo, media hora, hablar media hora, con el paciente, como es todo muy técnico por ahí no se nota tanto, no hablan, a veces pasan a estar intubados o entran en coma farmacológico, por ahí no se nota tanto el vínculo esmerado en ponerse en su lugar. Diferencia entre la atención RMP en otros lugares, la ventaja de ser empático es que soy católico practicante, es como que de arriba están mirando todo lo que haces continuamente, Dios te graba y te filma todo lo que haces, una vez que te morís vas a un juicio y ahí defiendes tus acciones, o estas orgulloso... Dios lo está viendo constantemente lo que hace, mirando lo que hacemos, por eso, yo no lo hago, pero al final del día haces un examen de conciencia y pide perdón por lo pecados. La empatía, eh... uno no puede ser católico y no ser empático, arriba se están fijando todo lo que haces, y lo que decís. Es arriba, cuestión de lugar. Acordar con Dios, hacer lo que te pide.

 9:4 ¶ 5 Fernando

Convertirse es hacer un giro y descubrir a Dios. En el otro esta Dios. Verlo en este escenario es difícil. Lo más difícil de la percepción es tenés que tener amor, la esperanza, la fe pero el más grande es el amor, o percibir el dolor del otro hay que tener amor y no tratarlo con un corazón duro. No se puede dar lo que no tienes, si no tenés amor en tu vida, para vos, entonces menos para el paciente. Hay gente que dice una cosa y hace otra, eso no sirve, hay mucha gente que sin ir a la iglesia se comportan con mucho amor, que son muy atentos a cuidar al otro, desde la empatía, se hacen

cargo. Impecables. Lo importante es lo que vemos afuera donde está el otro, en lo diario, reblandecer el corazón, es difícil. Eso se pone en práctica con los pacientes y con la flia. Si hay un paciente que se está muriendo, acá solo dejan entrar a dos, pero yo sé que son más, yo los dejo pasar, de a poco, se quedan horas, les pregunto y les ofrezco si quieren darle la extrema unción al paciente, con la enfermera llamamos al cura de acá a la vuelta y viene, a veces es tarde ya, pero la mayoría de las veces la familia acepta y lo logramos. Lo he intentado directo con el paciente, hablando, sugiriéndole si quiere que llamemos la cura, si quiere confesarse o arreglar cosas pendientes y eso es muy difícil de hablarlo, se complica, es un esfuerzo. Yo le tiro la pelota al familiar, yo no puedo ir, pero si ellos no van, no van a decir que nadie les aviso.



9:8 ¶ 7 Fernando

Levante la guardia cuando pienso en Dios, levantar el corazón, nunca había decaído así, te sirve no negar, pero es mejor si te interesa hacer un servicio, si te informas cómo hacer para mejorar, si podés ofrecer algo distinto. A veces les digo de rezar el rosario y se les pasa. Son herramientas útiles...poderosas. Eso me hace bien a mí también, es una experiencia de vida, puede aplicar para consolar a mi paciente. Cuando podar iba con el celular y hacíamos todo por la camarita, la unción con el cura guiando, los familiares, las conversaciones, en el tiempo de los aislados sirvió de mucho, las rtas eran positivas, las familias a veces no entienden y ahí hay que acordar, te preguntan, que me dice, a pesar del momento limite, a veces eso hace de empujón. Rechazar un tratamiento, más bien piden no maniobras invasivas, no avanzar, no le prolonguemos la agonía. Si tiene cáncer avanzado no hay que avanzar, hay que dejarlo, pasar a paliativos. Frente a enfermedades respiratorias, a veces hay que informar que no conviene avanzar. Distinto a decir eutanasia. Una vez que lo pusiste no se lo retira, solo ante la muerte cerebral, después de. La gente pide eutanasia porque no sabe que no se puede hacer. Nosotros no hacemos eso. Aclaremos y listo, explicamos que hay que esperar, que eso no se hace, hubo pacientes que surgió la duda en la familia. Lo aclaramos, no tenemos diferencias, coincidimos en que no. algún inescrupuloso que lo haga, yo no lo he visto aquí. Seria salir de las normas.



10:17 ¶ 2 Juan Carlos

Define empatía: ponerse en el lugar del otro. El concepto me parece vital para la práctica médica, primero por la capacidad de ser útil y ponerse en el lugar del otro porque si vos te capacitas para tratar de ir progresando y mejorando, porque te gustaría que hagan lo mismo si estuvieras en ese lugar, no podés predicar algo de lo que careces. Es fundamental. Siempre me pongo en el lugar de mi paciente, lo tomo y me gustan los pacientes críticos, pero lo tomo como un desafío personal y profesional. No por el ego, sino porque además de medico ser humano. Yo creo que Dios está. A veces hay cosas que decís, no puede ser como hice, hay una fuerza sobrenatural que te guía, pero vos también tienes que esforzarte sino y la pregunta sería muy simple, y por qué Dios no ayuda a todos? Primero persona antes que médico. Existen ventajas en ser empático. Lo fundamental seria la satisfacción personal, el ser humano, lo importante es el bienestar y el equilibrio armónico que tenés vos al ponerte en el lugar del otro, porque todos somos iguales. La diferencia estriba en ser mejor ser humano.

 10:24 ¶ 6 Juan Carlos

El que define en qué momento vas a partir es el de arriba. Sucederá cuando deba ser, nosotros no sabemos cuándo y no podemos decidir eso. Si el paciente no cree en Dios, bueno, pero yo sí, le digo y trato de que entienda mi posición, y se lo digo igual. Es fundamental. Desde el punto de vista seguiré haciendo todo lo que este en mi alcance. La razón es que crees. Si la familia es conflictiva el desafío es aún mayor. Hay algo que trasciende el actuar médico.

Atención integral: Salud

 14:1 ¶ 2 Mario

Situación de trasplante, los lugares tienen una idiosincrasia, no es lo mismo atender en la pcia que en caba, me quiero llevar esa impresión de cada lugar donde estoy. A veces vemos gente que se tiene que trasladar porque no le resulta fácil, y es por la calidad de la atención, cuando planteamos temas como el fin de vida, no es para todos lo mismo, a veces se hace una propaganda de la situación que me parece que tenemos que hilar mucho más profundo, lo que se implementa como ley o como moda, en medicina lo que hoy va a misa, mañana está en cuestionamiento, nuestro trabajo es cuestionar todo el tiempo nuestras acciones. Y si podemos tomar estas decisiones junto al paciente.

Atención integral: Dedicatoria

 8:4 ¶ 5 Eugenio

De ahí pasé a UTI, no podría estar en otro lugar del hospital, siento que algo se aviva en cada situación que enfrentamos donde se juega salvar la vida de un paciente. Millones de emociones, pero creo que salimos adelante, mejoramos un montón, crecimos, aprendimos a tomar decisiones con más calma, aprendimos a regularnos si estamos tristes, y hablamos de la muerte todo el tiempo y eso obliga a salir de acá, volver a casa y resetear, buscar en nuestras vidas lo que nos alivia para volver a cuidarlos al día siguiente. Es muy enriquecedor compartirlo, hace bien. ¿Qué debe tener un médico para atender en zonas críticas? Sobre todo, calidad humana, tiene que entender que debe dar soluciones y poseer mucha vocación, que es fundamental, porque así se pueden conseguir las cosas, aunque no se las tenga, se las consigue. Y la fe en Dios, que te marca. Y una de estas circunstancias era la mano de Dios.

Atención integral: Búsqueda de ayuda

 15:2 ¶ 3 Nicolás

Ejemplos de la práctica... te cuento de Marita que decía que quería morir porque molestaba... llevó tanto tiempo demostrarle lo contrario... yo estaba desesperado porque los días pasaban y no sucedía nada, no podíamos hacer que suceda algo que le demostrase lo contrario, que valía la pena atravesar estos momentos, sufrientes sí, pero que había allí un sentido, que a alguien más le importaba lo que sucedía con su estado de salud y que no era desde la molestia... me encontré buscando ayuda en muchos lugares impensados, yo también necesitaba los resultados, era una

cuestión muy personal, me di cuenta que me estaba haciendo mal, embarcarme así en una búsqueda de soluciones que a veces no estaban tan cerca, que se trataba de darse cuenta del límite y que había que aceptarlo.

Atención integral: Disponibilidad



7:6 ¶ 5 Eduardo

Me interesa que el paciente vea que estoy ahí, a pesar de todo. Que sienta que la lucho con él. Es una situación en donde la disponibilidad debe garantizarse. Mi familia me ayuda, mis amigos, te diría que el trabajo del equipo fuera de la sala también, porque compartimos un tercer tiempo, decimos siempre y nos fortalece saber que no estamos solos, aunque debo ser pesimista, muchas veces creo que sí, que estamos solos en este hospital... es tan importante descansar un poco... la silla de ruedas le hace daño... hay que conseguir otra y yo recuerdo a los que juntan tapitas para el Garrahan, y la verdad no les creo nada, no creo que eso alcance para mucho... yo he respondido que voy a brindar todo lo necesario para que no quieran morir, a veces cambian. Yo creo que la eutanasia la piden por cansancio, y yo les respondo que yo no me voy a cansar... y sin embargo te aseguro que no doy más, pero bueno avanzo, yo soy el que está bien, sano, se supone, se espera de mí... Si optimizamos la atención, podrían no solicitar la eutanasia...no pueden percibir que nos cansamos de ellos, porque aparte no es así, pero es muy fácil que esa sea la creencia que sostienen si nuestra respuesta no se vuelve comprensiva y empática. No me han pedido la eutanasia, pero no la doy. Es ilegal diría. Por suerte no me ha pasado, sería difícil enfrentarlo, decirle que no, pero lo haría. La respuesta es no. Lo que sí me pasó que un paciente en un mismo día quiso morir o seguir viviendo varias veces.

Atención integral: Poder



2:5 ¶ 4 Alberto

El material para revertir estas posturas es material humano y en mi experiencia, el mayor contacto es con los residentes, otro espacio de interdisciplina sería fundamental el tiempo, para interpretar. Llevo dos años que la jefa de enfermería hablara en el pase, estar estaba, pero no hablaba, por algo, porque no le dan lugar, por cuestiones del poder del médico que se cree que sabe todo. Hay formas de organizar el saber dentro de las instituciones que hacen que alguien hable, o decida junto al paciente.

Atención integral: Sacrificio



8:5 ¶ 7 Eugenio

El médico es un pilar fundamental en toda la sociedad, pero hoy en día está muy desvalorizado en su atención, en su proceder, porque económicamente no es lo que uno debería cobrar por hacer esto, por estar al servicio de los demás. A veces estamos más con el paciente que con nuestras propias familias y eso nos marca destinos, los hijos nos pasan factura. Por eso, se debería darle un mérito más al médico y saber qué hace lo imposible para tratar de solucionar y darle un mayor confort y una mejor atención al paciente.

Atención integral: Responsabilidad



8:5 ¶ 7 Eugenio

El médico es un pilar fundamental en toda la sociedad, pero hoy en día está muy desvalorizado en su atención, en su proceder, porque económicamente no es lo que uno debería cobrar por hacer esto, por estar al servicio de los demás. A veces estamos más con el paciente que con nuestras propias familias y eso nos marca destinos, los hijos nos pasan factura. Por eso, se debería darle un mérito más al médico y saber qué hace lo imposible para tratar de solucionar y darle un mayor confort y una mejor atención al paciente.



9:7 ¶ 7 Fernando

Como gestionar las propias emociones: yo antes de morir mi papa era muy duro, no sé si por esta actividad o qué, pero era muy duro, después, me ablande, dando informes es muy difícil, se me llenan los ojos de lágrimas, el mundo lo ve débil, es mucho mejor eso, a que tengas corazón de piedad, eso no es una ventaja, me di cuenta de que estaba haciendo cualquier cosa. Mi padre tenía Alzheimer. Su muerte me hizo girar mi forma de ver todo. Toda la culpa con la que me quedé no podía pensar, no podía trabajar, sentía que no había tomado buenas decisiones, vi que era cosa no andaba pero me dormí en actuar, en tomar responsabilidades, soy médico. Estaba implicado, después esas decisiones no las toma uno, Dios te da la claridad y la guía para tomar buenas decisiones y no malas, por ej., dejarlo que le hagan eso, que lo hubiera sacado de ahí y lo hubiera trasladado. Esto no fue de un día para otro. Mi padre murió y estuve dos meses sin dormir, sentía que me acusaban de las opciones que tomé. Ahora eso lo resuelvo en mis pacientes, ya no me dé entiendo, me hago cargo, no miro para otro lado. Como si pudiera reparar algo. Acá no podés vivir con medio tanque lleno porque esto te fulmina, debes tener el espíritu arriba, si estas de capa caída te fulmina cabeza y corazón. Yo estuve destruido, no pude atender correctamente, lloraba estaba deprimido, muy muy triste.

Atención integral: Reciprocidad



6:4 ¶ 3 Cristian

¿Te das cuenta de que sí o sí modifica todo? Porque nos duele, nos pone tristes, pero porque además sin empatía seríamos incapaces de hacer nada, yo creo que renunciaría...y estar contenidos nosotros, no, eso también, sino caes en un pozo y hay que sacarte a vos, es cuidar al otro, si no sabes nadar, no pretendas ir al mar a salvarlo, porque se hunden juntos. Es todo un desafío en el que se intenta dar, pero también se recibe mucho, porque uno se nutre de las familias y los pacientes que acompaña.

Atención integral: Compañía



6:1 ¶ 2 Cristian

Ser empático es querer ayudar al otro. Desde los sentimientos, con espíritu de colaboración, de asistencia, es saber cómo se siente sin que te lo diga y casi te digo, sentirse igual, pero bueno,

sabemos que nosotros somos quienes lo cuidaremos, recibirlo con amabilidad y afecto, para que se sienta confiado, tampoco ahogarse junto con ellos, a la empatía es necesaria y fundamental sino no podés atender este tipo de patologías. En la guardia te das cuenta, cuando las crisis llegan y es ya la respuesta, hay que actuar, hay que decidir rápido y parece que tenés que ser calculador, igual, sin un poco de consideración es imposible, pasar la urgencia, sí, pero luego volver a la calma y reflexionar en la situación del paciente. La guardia no es el lugar adecuado igual, pero a veces no hay otro. Es importante tener disposición y ganas de atenderlos, buscar las herramientas precisas, saber hacer, no se puede improvisar, el conocimiento, la formación es muy importante. Con María veíamos pacientes cada uno por nuestro lado y siempre nos encontrábamos, compartíamos las vivencias, yo a veces necesito de la parte médica, de otra especialidad y ella de todo lo que hace a lo emocional, así que sí, trabajar en equipo es clave. Estos enfermos necesitan de compañía y de cuidados que no siempre es un fármaco o un procedimiento técnico, la presencia nuestra es clave.

Atención integral: Envejecimiento



4:2 ¶ 2 Antonio

Los CP inicialmente se aplicaban en oncología, yo en el hospital trato de aplicarlo cada vez más a la geriatría, argentina es el segundo país de Sudamérica más envejecido, no tenemos infraestructura, estructura económica, políticas de intervención para la población envejecida que tenemos, por eso es fundamental aplicar los CP en todos los procesos neurodegenerativos, procesos patológicos o fisiológico también, las demencias superan estadísticamente al cáncer. ¿Cada vez se vive más, pero cada vez se vive mejor? Quiero mencionar dos aspectos fundamentales de los CP, es muy enriquecedor en lo espiritual, en lo moral y en lo ético, y en lo legal. CP trabaja de la mano del derecho ley 26742, art 11, ley del Derecho del paciente, HC y CI, las directivas anticipadas en el art 11, hay cuatro principios bioéticos, autonomía es respetar la decisión del paciente por sobre todas las cosas siempre y cuando no impliquen prácticas eutanásicas, por eso, hay que trabajar muchísimo con las directivas anticipadas, respetar la decisión del enfermo y en base a eso programar sus últimos días de vida; el otro tema la eutanasia, da para días de debate. ¿Alguien desea morir mal? No, desde el pto de vista etimológico, estamos muy bien, ahora está la ley mal llamada, ley de muerte digna, donde el espíritu es acompañar sin adelantar ni retrasar. Acompañar, hay que recordar que cuando uno jura el JH, si lo leemos, dice a nadie daré una droga para terminar con su vida o consejos para tal fin.

Atención integral: Aceptación



15:2 ¶ 3 Nicolás

Ejemplos de la práctica... te cuento de Marita que decía que quería morirse porque molestaba... llevó tanto tiempo demostrarle lo contrario... yo estaba desesperado porque los días pasaban y no sucedía nada, no podíamos hacer que suceda algo que le demostrase lo contrario, que valía la pena atravesar estos momentos, sufrientes sí, pero que había allí un sentido, que a alguien más le importaba lo que sucedía con su estado de salud y que no era desde la molestia... me encontré buscando ayuda en muchos lugares impensados, yo también necesitaba los resultados, era una cuestión muy personal, me di cuenta que me estaba haciendo mal, embarcarme así en una búsqueda

de soluciones que a veces no estaban tan cerca, que se trataba de darse cuenta del límite y que había que aceptarlo.

Atención integral: Libertad de expresión

 21:10 ¶ 15 Salvador

Rechazar tratamiento, sí. Eutanasia, no me lo han pedido, puedo expresarme libremente al respecto, con colegas, con pacientes.

Atención integral: Servicio al prójimo

 9:4 ¶ 5 Fernando

Convertirse es hacer un giro y descubrir a Dios. En el otro esta Dios. Verlo en este escenario es difícil. Lo más difícil de la percepción es tenés que tener amor, la esperanza, la fe pero el más grande es el amor, o percibir el dolor del otro hay que tener amor y no tratarlo con un corazón duro. No se puede dar lo que no tienes, si no tenés amor en tu vida, para vos, entonces menos para el paciente. Hay gente que dice una cosa y hace otra, eso no sirve, hay mucha gente que sin ir a la iglesia se comportan con mucho amor, que son muy atentos a cuidar al otro, desde la empatía, se hacen cargo. Impecables. Lo importante es lo que vemos afuera donde está el otro, en lo diario, reblandecer el corazón, es difícil. Eso se pone en práctica con los pacientes y con la flia. Si hay un paciente que se está muriendo, acá solo dejan entrar a dos, pero yo sé que son más, yo los dejo pasar, de a poco, se quedan horas, les pregunto y les ofrezco si quieren darle la extrema unción al paciente, con la enfermera llamamos al cura de acá a la vuelta y viene, a veces es tarde ya, pero la mayoría de las veces la familia acepta y lo logramos. Lo he intentado directo con el paciente, hablando, sugiriéndole si quiere que llamemos la cura, si quiere confesarse o arreglar cosas pendientes y eso es muy difícil de hablarlo, se complica, es un esfuerzo. Yo le tiro la pelota al familiar, yo no puedo ir, pero si ellos no van, no van a decir que nadie les aviso.

Atención integral: Vocación

 8:5 ¶ 7 Eugenio

El médico es un pilar fundamental en toda la sociedad, pero hoy en día está muy desvalorizado en su atención, en su proceder, porque económicamente no es lo que uno debería cobrar por hacer esto, por estar al servicio de los demás. A veces estamos más con el paciente que con nuestras propias familias y eso nos marca destinos, los hijos nos pasan factura. Por eso, se debería darle un mérito más al médico y saber qué hace lo imposible para tratar de solucionar y darle un mayor confort y una mejor atención al paciente.

 13:4 ¶ 3 Maribel

Eso me pasa a mí, en mi experiencia, hace 10 años no podría haber dicho esto ... Cuando rechaza el tratamiento, preguntarle por qué , siempre hay que ir por el paciente , hay veces que se

cansa, en lo personal me pasó, una paciente tenía la bisabuela muy grande, estaba demenciada internada en paliativos, al tercer día de una de las últimas internaciones, la mira y le dice Y a estoy cansada vieja, el paciente se cansa, hay que saber respetar y saber comprender, la empatía es eso, comprender lo que le pasa al otro y también acompañar a la familia a que comprenda eso, a veces, el paciente dice basta pero la familia no escucha o impone su voluntad, no acepta ese basta, entender que del otro lado hay una persona; si pide morir, la situación ideal sería no tener que responderle, mi postura choca, en esto de respetar lo que quiere el paciente yo tengo que, bueno, medir las consecuencias, ver la realidad de la situación, a mí me pasa que yo necesito dar hasta lo último para que ese paciente llegue al final de su vida, colaborar con eso es respetar su deseo y yo tengo que dejar lo que a mí me suceda aparte, pero no significa avanzar en la eutanasia, no sé si fui clara...el acto médico debe ir separado de la cuestión subjetiva de decidir morir, no somos quienes ayudamos a eso, a morir.

Atención integral: Familia como bloque en la atención



17:6 ¶ 6 Patricia

Digo que no y listo. No explico mucho. No es legal la eutanasia, y ayudar a que se termine, sería pensar en colaborar a eso, pero de forma solapada, sabemos que hay quienes adhieren. Yo no, prefiero tener en cuenta la muerte como un proceso natural, digo siempre que trabajemos para ensanchar la vida, no adelantar no retrasar la muerte. Usar las herramientas justas. Para mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, son un bloque. En estas situaciones es una gran ventaja cuando la atención es temprana, claro, me refiero a que el paciente tenga la oportunidad de que la derivación todavía permita mejorar, hablamos de las posibilidades de la supervivencia, ganamos su confianza lo preparamos para el deterioro.

Actitudes hacia la muerte



3:42 ¶ 18 in ALE

Pedido de eutanasia: Muchas veces y la he rechazado en forma explícita. Muchísimas. Siempre la rta es no. Arranca desde lo moral y desde lo ético y desde lo legal, nosotros en nuestro país, se llama suicidio asistido, salvo que vos tengas una enfermedad incurable que se haga una exposición judicial que se ordene a través de la justicia, pero hay otros conceptos hoy, yo puedo brindarte una buena calidad de muerte, sin adelantarte el fallecimiento ni posponerte una agonía. Para eso están los cuidados paliativos. Hasta me han ofrecido plata y me quede tentado pero no. Un hijo para su mamá termine charlando en un bar con el hijo, me preguntaba por qué quiere hacer esto? Es tipo era arquitecto de punta del este, al historia de vida daba para que contrate un sicario, por la relación madre hijo, lo único que tenía, era hacer, aplicar cuidados paliativos y su angustia la tenía que esperar, la tenía que tratar, Dios dispuso, se fue tranquila y en paz.

Análisis crítico de la ética



3:43 ¶ 19 ALE

. - Puedo expresarme libremente, quizá al principio me enojaba, ahora ya no, la gran mayoría, cuando lo piden desconocen la ley, desconocen los principios éticos y ah empiezan a rever algunas cuestiones, así que para nada me molesta. En cambio los residentes si reciben una propuesta así, uno una vez quiso hacer una denuncia a un familiar. La experiencia es fundamental.

Ansiedad



18:27 ¶ 16 Pedro

Expresan con negativismo, cambios en el estado de ánimo, con llanto o con rechazo a hacer alguna actividad que los puede ayudar a progresar, alguna movilización, también las situaciones contrarias, uno trato de bajar los de la cama, ayudarlos, acá había una señora con un EPOC muy avanzado que no le podemos sacar el respirador, la intentamos llevar al patio que tome aire, pero ella se negaba.

Ansiedad



18:24 ¶ 13 Pedro

. - Pacientes terminales... : Si y no . Hemos tenido pacientes terminales no ingresan por la baja disponibilidad de camas en el servicio, entonces no es lo habitual, si hemos tenido situaciones de pacientes jóvenes, con muerte encefálica, se puede considerar estado terminal porque sabes que se va a morir, en horas y eso ha generado más angustia, porque son pacientes jóvenes, que han estado sanos y que han tenido un evento que los llevo a ese estado y eso sí, nos genera angustia.

Apoyo social



3:36 ¶ 12 ALE

Pilar fundamental para mí en eso mi familia, y amigos. No voy al psicólogo, no hago terapia , si yo no tuviera la familia que tengo, no podría llevar esto adelante y si no tengo a los amigos tampoco, porque de ue manera, con la familia llego a casa y todas las cosas que tenemos, salidas, mira, los otros días contamos con mi mujer fueron cuatro fines de semana seguidos de fiestas, cuatro fines de semana, ya no damos más , todavía estamos afónicos pero a los que voy es necesito, necesito , bueno ayer fui a ver a Boca, otro de mis alicientes, necesito que todo eso que lleva un dolor propio y un procesamiento, lo descargo por otro lado.

Aspectos legales y éticos



3:42 ¶ 18 ALE

Pedido de eutanasia: Muchas veces y la he rechazado en forma explícita. muchísimas. Siempre la rta es no. Arranca desde lo moral y desde lo ético y desde lo legal, nosotros en nuestro país, se llama suicidio asistido, salvo que vos tengas una enfermedad incurable que se haga una exposición judicial que se ordene a través de la justicia, pero hay otros conceptos hoy, yo puedo

brindarte una buena calidad de muerte, sin adelantarte el fallecimiento ni posponerte una agonía. Para eso están los cuidados paliativos. Hasta me han ofrecido plata y me quede tentado pero no. Un hijo para su mama termine charlando en un bar con el hijo, me preguntaba por qué quiere hacer esto? Es tipo era arquitecto de punta del este, a la historia de vida daba para que contrate un sicario, por la relación madre hijo, lo único que tenía, era hacer, aplicar cuidados paliativos y su angustia la tenía que esperar, la tenía que tratar, Dios dispuso, se fue tranquilita y en paz.

Atención al detalle

 3:35 ¶ 11 ALE

Fundamental, y ahí está, yo creo que quizás, hay algo de redundancia en todo esto pero es así, no comprender el dolor ajeno es no empatizar. Punto y aparte no amerita más opiniones ni contradicciones ni verdades, es así, hay que entender el dolor ajeno, eso no implica, vos te tenés que mutilar, hay que entenderlo, además, nosotros como médicos tenemos un concepto que es el de atención a los detalles, cuando yo te médico y te pongo morfina de 10 mg cada 4 hs tengo que estar atento a las 48 hs y te cito nuevamente para ver como anduviste, porque que yo te dé analgésico no implica que vas a nadar bien, entonces, atención a los detalle si meterse en el dolor del otro es fundamental.

Atención al paciente (2)

 3:38 ¶ 14 ALE

.- lo primero que trato de hacer, en base a si al paciente lo conozco desde antes, es recabar toda la información para saber lo que al paciente le hubiera gustado, no me importa lo que piensen, colegas o familiares, lo único que me preocupa, es que le hubiera gustado al paciente, ejemplo: hay pacientes que les gusta seguir adelante, que quieren todo lo necesario para seguir con vida, otros no quieren saber más nada, otros no quieren tener dolor, trato de recabar eso, como yo hago neurodegenerativos, como ya son pacientes con diferentes tipos de afasia o trastornos de la expresión, la visita con el paciente son 10 minutos y la charla con el familiar son 60 minutos, ahí tarde e recabar y recabar un montón de información, pero siempre trato de centrar todas las prácticas médicas, las tendencias terapéuticas, todo lo que yo pueda hacer en el paciente, en base a los que yo asumo o lo que me dijeron que el paciente hubiera querido.

 5:1 ¶ 2 Carolina

La empatía es un ida y vuelta entre uno y el paciente el concepto es condición sinequanon. Yo siento que si el paciente, no tiene un buen trato... parte del tratamiento y de la atención medica es que el paciente se sienta bien tratado, que sienta que vos lo escuchas, que sienta que a vos te interesa lo que le está pasando, eso es fundamental. Te cambia toda la atención que el sienta que te importa lo que le pasa, aunque te hable de otra cosa, que no sea la enfermedad, a veces no solo su patología, a veces vienen con cargas externas, sus familiares, su entorno, eso yo lo pongo muy sobrevalorado. Siempre me pongo en el lugar de mi paciente. Ponerse en el lugar del otro es fundamental porque es

a manera de entenderlo, saber que le pasa, que le duele, como le duele, a mí me gusta que me traten bien entonces yo doy lo mismo, trato de atender a la persona como si fuera el presidente de la nación, es mi manera, aunque sea un paciente o aunque sean 20, trato de agregarle eso. A veces estoy sin energía, cansada y me siento con culpa; el paciente no tiene la culpa de mi forma de estar ese día, y yo no lo atiende bien por estar mal yo, no me parece. Esta bueno eso de tratar al otro como te gustan que te traten a vos. No hay desventajas en la empatía.

 9:2 ¶ 3 Fernando

Actuar empáticamente: si están conscientes, yo les hablo, les minimizo la enfermedad, les digo que falta poco, que va a salir, que tenga fe, la parte anímica es importante tenerlos arriba a los pacientes aunque a veces no sea tan real, darles ánimo, esperanza. La rta que obtengo, a veces están enojados, no están bien anímicamente, tristes, hablan poco. La diferencia entre dolor y sufrimiento que aborda esa tristeza, la significación de la enfermedad, del futuro, muchas veces el digo que están bien, un poco mejor de lo que están...

Atención centrada en el paciente

 18:18 ¶ 6 Pedro

. - ventajas? Ummmmhhhh, la ventaja seria si uno analiza el paciente en otro contexto que no es solo el orgánico , me parece que es favorable si uno analiza el paciente en otro contexto, como un ser bio psíquico y social, si uno solo analiza lo biológico no me parece que sea favorable porque este puede hacer tomar malas decisiones, cuando el paciente ya lo consideras como un ser social y te preocupas por él y te ocupas de que tenga música y traerle algo que el necesita o dejar que la familia este más tiempo con él, ahí si me parece favorable.

Atención médica

 3:32 ¶ 8 ALE

Ej.: El fin de semana pasado, el viernes, nosotros tenemos dentro del área de paliativos tenemos pacientes oncológicos o no oncológicos, trato de hacer foco yo en los no oncológicos, en los neurodegenerativos, porque mi especialidad madre es Geriátrica, no soy oncólogo, trato de focalizarme mucho en la adecuación terapéutica, sonda nasogástrica para demencias avanzadas, trato de adecuar tratamientos. Una paciente de salta, cáncer de útero 41 años, ya la enfermedad no respondió más, la enfermedad gano. Decidimos comenzar a transitar el fin de vida, esto es últimas etapas, últimos días de vida, ella me decía que una de las cosas que más quería era, tiene una pelvis congelada, es decir, todos los órganos de la pelvis están atrapados por el tumor entonces, el intestino no funciona bien y no podía comer nada, y quería cerveza y pizza. Que es lo que hicimos, le llevamos la cerveza y la pizza, se sacó la foto, nos mandó la cerveza y la pizza, después, vomitó, no te quiero decir que le hicimos mal, necesitamos meternos en el lugar del otro, salir de los esquemas habituales, rompimos un protocolo y le dimos calidad de vida, eso sí, ella nos abrió eso, porque hasta ese momento, ella no

contaba tampoco nada. Una pavada como anécdota, pero sirvió para dar calidad de vida a todos, a nosotros como equipo profesional, a la paciente porque lo quería hacer y a la familia porque la vió feliz.

 8:2 ¶ 3 Eugenio

En la sala yo los conozco a todos. Ya sé qué tipo de patologías tienen y como médico clínico estoy atento a esas circunstancias. Sé que la falta de trabajo hace estrés, aumenta la presión arterial, se enferman por diabetes... Son circunstancias que uno ve diario y ya sabe cómo hacer un diagnóstico sin necesidad de pedir un laboratorio o un examen complementario, porque muchas veces no es cómodo solicitar una resonancia magnética o una radiografía. Entonces uno se basa mucho en la clínica en base a la sintomatología, porque los maestros siempre nos enseñaron que la mayor herramienta que tenemos es el estetoscopio, son las manos, los ojos, el observar, el charlar con el paciente. Porque el paciente no solo viene cuando se enfermó por algo, sino que a veces la misma enfermedad es producida por la soledad, el no tener con quien conversar, con quien descargar las tensiones, los miedos, las preocupaciones. Entonces cuando el paciente llega a la consulta no solo se encuentra con un médico, sino también con un amigo o alguien que conoce de su vida y trata de resolverle el problema de la mejor manera.

 16:2 ¶ 4 Oscar

Creo que el deseo de morir no es lo mismo que pedir eutanasia. El deseo de morir es un proceso: empieza en el pensamiento, uno ve que está muy mal y la evolución de la enfermedad piensa, si esto se acabar yo dejo de sufrir, ese pensamiento se va volviendo deseo, va ideando, mostrando intenciones hasta que actúa, esa acción es la eutanasia. Hay una pérdida del sentido del sufrimiento (físicos o psíquicos) Ese dolor desarma su vida y no tiene sentido vivir. La idea es como intervenimos en ese proceso. un abuelo venia con su hija y con su mujer. Explicó que le pasaba, ajustamos el tratamiento, no estaba mal, no estaba descontrolado, al terminar pregunta: puedo pedir la eutanasia? No quería molestar más, no quería ser la carga para su familia. Podemos hablar libremente de la muerte. El paciente suele no saber, sus familiares te piden no le digan, y entonces no le informan bien, si al paciente lo exploras, y te dice que le preocupa la muerte, le da miedo la muerte, y ahí estaría la clave, abordar el tema, poder hablar de eso, es la muerte o el sufrimiento de la muerte? Si va a estar solo, que pueda saber quién lo va a atender, quien va a estar ahí. Una de las cosas que más se trabaja es en el afrontamiento del diagnóstico, del pronóstico, la finitud. Y poder integrar, no solo quedarnos con que nos pasa algo físico o algo emocional, también nos pasa el espíritu, va todo junto. Ahí es cuando no hacemos muchas diferencias entre nuestras especialidades.

Autonomía del paciente

 3:41 ¶ 17 ALE

. - (acerca del rechazo del paciente al tratamiento) Uf! Y hasta trajo implicancias legales, yo presente en un congreso , una charla , que se llama errores terapéuticos que son los errores que tenemos cuando hacemos cuidados paliativos, obviamente son para que deje el concepto de enseñanza, tuve un paciente que estaba dializando y el paciente , entra en shock , le dicen a la flia la

única solución es dializarlo, bueno dice la flia, dialícenlo, cuando él se despierta se despabila y se entera que queda en diálisis de por vida , dice quien decidió por mí? Yo no quería, entonces me dice a mí, no quiero más diálisis. Habla con la nefróloga le digo, no lo dialicen más, se va a ir durmiendo despacito que no entre en edema agudo de pulmón, listo y al quinto día falleció en su casa en paz, sin síntomas. La hija hizo una nota de queja diciendo que yo había favorecido la eutanasia, después hice mi descargo, eso que se hizo está avalado por la ley, por la moral, la parte ética, se respetó el derecho a la autonomía y no es que estaba conectado a un respirador y yo fui y apagué el respirador; el señor decidió no avanzar con el martirio que significa la diálisis con una enfermedad de base oncológica. Suelo respetar a rajatabla la decisión del paciente cuando no acepta los tratamientos.

 11:5 ¶ 3 Juan Pablo

Miedo a que se me muera, más allá del egoísmo, no ser egoísta es muy difícil, de la eutanasia, muerte digna, está todo muy finito, que es la autonomía del paciente, que es la muerte digna, hay un montón de cosas que recién comienzan a manifestarse, la argentina no está preparada para esas cosas, posturas de los equipo médicos, si te obligan a hacer algo como profesional si no estás de acuerdo, si una ley te obliga, es muy personal, no pueden obligarte a hacer lo que no quieres, en contra de, la respuesta podría ser distinta, habría que contextualizarla... hablar de eso, acompañar, la sedación te lleva a la muerte, no estoy a favor de la eutanasia, eso es un suicidio asistido, no me uses para eso. Los procedimientos deben evaluarse. La eutanasia no es un tratamiento.

 17:3 ¶ 4 Patricia

Me fijo de realizar correctamente la adecuación del esfuerzo limitado en cada caso, creo que eso es una facilidad que solo tenemos los que nos formamos, que en otras áreas podría resultar más difícil de decidir, saber cómo utilizar la herramienta justa, ni más ni menos, no hacer cosas que no van a modificar el proceso de la cura, o que no fue acordado previamente con el equipo y con el paciente. Pienso que es muy importante fomentar la autonomía de nuestros pacientes en la toma de decisiones, les vamos a ofertar las diferentes alternativas y los diferentes escenarios, el paciente elige. Por supuesto, en esto está incluida la familia, pero hay que saber que primero van ellos, fijarnos en que estén listos y aptos, con capacidad autónoma digo, para aceptar o rechazar las propuestas de los tratamientos.

Calidad de vida

 3:32 ¶ 8 ALE

Ej.: El fin de semana pasado, el viernes, nosotros tenemos dentro del área de paliativos tenemos pacientes oncológicos o no oncológicos, trato de hacer foco yo en los no oncológicos, en los neurodegenerativos, porque mi especialidad madre es Geriátrica, no soy oncólogo, trato de focalizarme mucho en la adecuación terapéutica, sonda nasogástrica para demencias avanzadas, trato de adecuar tratamientos. Una paciente de salta, cáncer de útero 41 años, ya la enfermedad no respondió más, la enfermedad gana. Decidimos comenzar a transitar el fin de vida, esto es últimas etapas, últimos días de vida, ella me decía que una de las cosas que más quería era, tiene una pelvis congelada, es decir,

todos los órganos de la pelvis están atrapados por el tumor entonces, el intestino no funciona bien y no podía comer nada, y quería cerveza y pizza. Que es lo que hicimos, le llevamos la cerveza y la pizza, se sacó la foto, nos mandó la cerveza y la pizza, después, vomitó, no te quiero decir que le hicimos mal, necesitamos meternos en el lugar del otro, salir de los esquemas habituales, rompimos un protocolo y le dimos calidad de vida, eso sí, ella nos abrió eso, porque hasta ese momento, ella no contaba tampoco nada. Una pavada como anécdota, pero sirvió para dar calidad de vida a todos, a nosotros como equipo profesional, a la paciente porque lo quería hacer y a la familia porque la vio feliz.

 4:1 ¶ 2 Antonio

Se acostumbra a relacionar cuidados paliativos con terminalidad y muy lejos está de ser eso. Los cp abarcan un aspecto mucho más integral que exclusivamente la enfermedad en sí, y tiene una particularidad y es que se trabaja con el binomio paciente familia. Se hace mucho hincapié en a partir de cuando se comienza a trabajar en CP, cuando ya el paciente tiene una enfermedad terminal y ya no tiene cura. El equipo de CP tratar de actuar desde los primeros estadios de la enfermedad. Si yo tengo una enfermedad oncológica, va a haber opciones terapéuticas en el camino, va a haber diferentes líneas de tratamientos, pero desde ese momento ya empezamos a trabajar con el paciente y su familia. Todos sabemos que nacemos, crecemos, maduramos, nos reproducimos, nos enfermamos y finalmente fallecemos, debemos aceptar esa última etapa con la diferencia de que quienes estamos para entender esa última etapa, debemos asesorar a la familia para darle todas las herramientas, para que el paciente tenga el mejor final posible. Ahí empiezan un montón de idas y vueltas: no, papa tiene que terminar en su casa, no en el hospital, no, tenemos que llevarlo a una institución, intentamos apaciguar un poco todo esto, hablar con la familia, ser el nexo con las obras sociales, etc. para intentar dar lo mejor en el final de la vida.

 7:1 ¶ 2 Eduardo

Empatía es ponerse en el lugar del otro. Saber que le pasa, como se siente, hacerle saber que comprendemos, que nos ponemos en su lugar, que queremos ayudarlo. Es difícil. Trabajamos en la trinchera, a pie de trinchera. Me pone muy nervioso, cuando otros hablan sin saber del terreno, los que no han hecho nada. Estoy convencido de que funciona ser empático. Nuestros pacientes son enfermos de gravedad larga en el tiempo, con cuestiones muy complejas, a veces incapacitantes, que genera gran dependencia, pacientes que tienen dificultad para desarrollar sus actividades cotidianas, cosas básicas y a veces el tratamiento solo consiste en tratar de que alcancen esa autonomía perdida sobre sus acciones, en definitiva que mejore su calidad de vida, viste que aquí hemos revisado muchísimo el tema calidad de vida, siempre hemos reparado en que ese sea el objetivo de estos tratamientos que llevamos adelante. A veces damos el blanco siendo oportunos con las intervenciones. Tenemos pacientes con cáncer de larga evolución, pacientes parapléjicos, con enfermedades cardiorrespiratorias avanzadas o enfermedades neurodegenerativas. Pacientes respirados, a veces con comorbilidades. Siempre están mal. Van y vienen.

 12:2 ¶ 2 Juan

Siempre desde chica oía hablar de cirugía y el mejor trato oncológico , pero se perdían de vista muchos elementos que esa paciente se fue sin preguntar y toda la vida arrastro sin saber que podría vivir de una mejor manera, hablo de gestionar calidad de vida, desde el consejo, desde la formación del médico, desde la apertura mental, porque el medico tiene que abrir la cabeza , estar abierto a un montón de otras circunstancias y meterse dentro de la vida del paciente , preguntar cosas que nunca ha preguntado, escuchamos como algunos cirujanos empezaron a decir que algo desde las emociones podría provocar el cáncer, una , escucharlos que esa pequeña idea haya penetrado en el genoma de esta gente toda poderosa pueda pensar en penetrar en los sentimientos, para mí es la llave de cualquier cosa, podemos entrar a las emociones de un paciente desde nuestras propias emociones, conectar con su realidad para ayudarlo, salir de la sobre medicalización, dando a entender como prolongar la vida.



19:11 ¶ 2 Raúl

...Empatía... no se decir con exactitud. Estar parado frente a una situación, como actuar, estar convencido, tener simpatía por el otro. empatía y decisión al trabajar, conforme con una situación. Es relevante para la práctica, no sé qué sería para el otro, no uso con frecuencia el término. Sentir como lo sentiría el otro. Saber cómo sentiría ante una situación determinada. La práctica médica es diferente según el paciente, es amplio pensar en qué situación está un clínico, un terapeuta, un pediatra. Trabajo en privado, y suelo ponerme en el lugar del paciente, por ejemplo cuando se trata de un chico muy joven en donde el revuelo es siempre muy muy grande, con la familia, distinto que cuando es un viejito por ej. uno asiste a todos los pacientes igual pero no es lo mismo asistir a un paciente de 20 años que a uno de 90. Estas distinto frente a la muerte Eso te para distinto. La diferencia es la perspectiva de la calidad de vida que lo espera a la salida d de la situación crítica, o en la fase terminal de la enfermedad. Te pones en el lugar del que la expectativa de vida es más favorable. No podemos implicarnos. Porque después que te vas del hospital tu vida debe continuar, no podrías vivir tu vida si te implicas. Si buscas un vínculo, la relación con el paciente es muy limitada. Lo vas a ver poco, casi no habla, lo ves pocas veces aun si haces guardia, en su vida solo será el poco tiempo que tenemos para verlo y atenderlo. ¿Que nos pasa?

Carácter profesional del terapeuta



18:15 ¶ 3 Pedro

Es relevante? NO. Porque no la práctica médica , en terapia intensiva por ejemplo , es un vínculo más difícil de relacionarlo porque los pacientes no están despiertos y a veces nos perturba la toma de decisiones en cuanto a cosas objetivas con el paciente, por ahí, a veces se establece esa relación de empatía con los pacientes que están despiertos , que tienen algún problema crónico, que están despiertos y que hay un vínculo en el cual uno pueda charlar o no, o una relación de empatía con la familia o no porque a veces también la familia , el vínculo que uno llega a hacer en los informes diarios, a veces se puede generar una relación de empatía positiva o una relación de nada de no empatía, de rechazo, eso no es empatía. Qu y puede sesgar tus acciones, por eso no me parece

relevante, me parece que uno tiene que ser por lo menos en UTI, no guiarse por ese vínculo de empatía sino por cuestiones objetivas,

Colaboración interdisciplinaria

 3:39 ¶ 15 ALE

Yo puedo cuantificarlo a través de escalas , de lo que sea va a venir otro médico y le va a poner un numero diferente al que yo interpreto , va a venir un psicólogo y le va a poner otro y va a venir un familiar y seguramente le va a poner n número más alto a eso, entonces el objetivo para la interpretación en este caso para un dolor psíquico, pasa por conocer al paciente, pasa por conocer su historia de vida, y tratar entre todos los del equipo de salud de llegar a un acuerdo con eso , porque si uno piensa que el dolor es leve y el otro piensa que el dolor es grave, son dos terapéuticas totalmente diferente. Nos reunimos en un ateneo pero el medico a cargo es uno, el psicólogo que trabaja es uno, son tres en el equipo pero es uno el que esta con el paciente A, el otro médico esta con el paciente B

Compasión

 3:32 ¶ 8 ALE

Ej.: El fin de semana pasado, el viernes, nosotros tenemos dentro del área de paliativos tenemos pacientes oncológicos o no oncológicos, trato de hacer foco yo en los no oncológicos, en los neurodegenerativos, porque mi especialidad madre es Geriátría, no soy oncólogo, trato de focalizarme mucho en la adecuación terapéutica, sonda nasogástrica para demencias avanzadas, trato de adecuar tratamientos. Una paciente de salta, cáncer de útero 41 años, ya la enfermedad no respondió más, la enfermedad gano. Decidimos comenzar a transitar el fin de vida, esto es últimas etapas, últimos días de vida, ella me decía que una de las cosas que más quería era, tiene una pelvis congelada, es decir, todos los órganos de la pelvis están atrapados por el tumor entonces, el intestino no funciona bien y no podía comer nada, y quería cerveza y pizza. Que es lo que hicimos, le llevamos la cerveza y la pizza, se sacó la foto, nos mandó la cerveza y la pizza, después, vomitó, no te quiero decir que le hicimos mal, necesitamos meternos en el lugar del otro, salir de los esquemas habituales, rompimos un protocolo y le dimos calidad de vida, eso sí, ella nos abrió eso, porque hasta ese momento, ella no contaba tampoco nada. Una pavada como anécdota, pero sirvió para dar calidad de vida a todos, a nosotros como equipo profesional, a la paciente porque lo quería hacer y a la familia porque la vió feliz.

 5:1 ¶ 2 Carolina

La empatía es un ida y vuelta entre uno y el paciente el concepto es condición sinequanon. Yo siento que si el paciente, no tiene un buen trato... parte del tratamiento y de la atención medica es que el paciente se sienta bien tratado, que sienta que vos lo escuchas, que sienta que a vos te interesa lo que le está pasando, eso es fundamental. Te cambia toda la atención que el sienta que te importa lo que le pasa, aunque te hable de otra cosa, que no sea la enfermedad, a veces no solo su patología, a veces vienen con cargas externas, sus familiares, su entorno, eso yo lo pongo muy sobrevalorado. Siempre me pongo en el lugar de mi paciente. Ponerse en el lugar del otro es fundamental porque es

a manera de entenderlo, saber que le pasa, que le duele, como le duele, a mí me gusta que me traten bien entonces yo doy lo mismo, trato de atender a la persona como si fuera el presidente de la nación, es mi manera, aunque sea un paciente o aunque sean 20, trato de agregarle eso. A veces estoy sin energía, cansada y me siento con culpa; el paciente no tiene la culpa de mi forma de estar ese día, y yo no lo atiende bien por estar mal yo, no me parece. Esta bueno eso de tratar al otro como te gustan que te traten a vos. No hay desventajas en la empatía.

 13:2 ¶ 3 Maribel

La primera vez que yo me di cuenta que tenía una buena contratransferencia fue el año pasado con una situación de una paciente, que había intentado suicidarse, que llegó derivada de la UPA y después tanto la madre como la paciente, yo me daba cuenta cuando entraba a habitación cómo me miraban, les cambiaba la cara, les cambiaba la expresión, incluso en los controles post alta la intención de ellas era seguir el tratamiento ambulatorio conmigo y yo les decía que no era posible, porque al tener obra social, seguramente seguirían atendiéndose allí, pero la madre me abrazaba y me decía gracias! Vos le salvaste la vida a mi hija! Poder tener registro del dolor ajeno es parte de la relación médico paciente, si yo no entiendo el dolor por el que está pasando el otro, cómo puedo intervenir? Mis emociones las gestiono en mi espacio terapéutico, la tristeza del paciente se gestiona de otra forma, no puedo evitar la tristeza, intento, cuando me hablan del dolor, intento, a través de la palabra, ubicar ponerme en situación, en su vida diaria, para ver que recursos tiene el paciente, recursos positivos para tomarlos, y a que a la vez me alivien también a mí la tristeza. A veces pasa que el paciente no tiene nada, ningún recurso, bueno, pensemos juntos una estrategia para poder avanzar, y no dejar vencernos por el dolor.

 16:3 ¶ 4 Oscar

Entonces al afrontamiento del diagnóstico, el pronóstico y la finitud no la vemos solo desde la salud mental, los vemos todos. Se detectan a veces situaciones en donde más allá del acompañamiento y del equipo, hay más cosas que los pacientes necesitaban. Me acuerdo de dos pacientes –una de ellas ya no está– a las cuales les dijimos que íbamos a atender a un consultorio y llegamos y nos quedamos ahí, al lado de la cama, para que no fuera más incómodo aún, se generó una química muy especial, porque le estábamos brindando mucho afecto. Hoy, rememorando esas imágenes, aunque ella ya no esté, el dolor está presente, pero también la satisfacción de habernos divertido y reírnos mucho. Todos son encuentros verdaderamente humanos. Pero nos pasa que los otros integrantes de la familia también terminan conociéndonos, y después de un tiempo te los encontras por los pasillos y te dicen ustedes atendieron a mi padre o nos acompañaron con tal situación. Terminamos todos hermanados.

 20:5 ¶ 4 Rubén

Hacemos casi el 90% de la atención en el hospital, en quienes necesitan estar internados por algún motivo. No tenemos mucha dificultad, salvo algunos casos en el desplazamiento y, cuando no hay movilidad hospitalaria, yo iría en mi propio auto, pero no es posible, el altruismo tiene ese límite,

no dejamos el lugar de trabajo, porque estaríamos desatendiendo a los demás pacientes, cuando te vinculas así tan personal con el paciente, te puede pasar que te olvides que hay otros también esperando ser atendidos, que es a todos. Para estas personas compartir con nosotros su situación la historia de su familia, de su enfermedad, de sus hijos, su trabajo es muy enriquecedor y para nosotros es muy gratificante ver lo que significa para ellos que uno pueda escuchar atento y tener en cuenta los detalles para cuando toca tomar decisiones. Cuando un paciente muere y después de un tiempito la familia vuelve a hablarnos, a agradecer a veces, a contar como quedaron las cosas, el duelo es compartido, son momentos de mucha emotividad y comprensión de lo que significó para esa familia que el paciente transitara sus últimos días en el hospital y que nosotros lo hayamos ayudado a sentirse acompañado en esos últimos momentos, o que hayamos buscado la mejor manera de confort, o de bienestar, para morir. Triste. Es muy triste. Pero salimos...si sos empático, te sucede así, porque te involucraste. Yo creo que es mejor, lo prefiero a que sea una máquina de atender gente y no sepas quienes son.

Comprensión

 3:31 ¶ 7 ALE

Ventajas: si totalmente, te permite que el paciente se abra y nosotros dentro de la practica asistencial, te estoy hablando de un área de internación de agudos, donde recién llego un paciente agudo, con una internación con una neumonía y vos muchas veces te encontras con el paciente sin familiares, sin datos en el HC el médico de la ambulancia que lo trajo no aportó nada, entonces vos , a partir de la empatía, a partir del humanismo, el paciente empieza a contar un montón de cosas que pueden tener o no relación con la enfermedad pero que te van a ayudar a interpretarla a conocerla, a pronosticarla y tratarla

 20:1 ¶ 2 Rubén

En nuestro proceso de trabajo a veces detectamos que ciertos pacientes necesitaban otro tipo de atención de forma continua o más seguimientos en domicilio. Notamos esa falta. hacemos una tarea que en un principio te shockea, sentís que los casos son muy difíciles, tenés que resolver y estar muy atento, al principio era una impresión más natural la que tenía... pero que con el tiempo se hizo más exigente, porque al resolver situaciones, otros pacientes buscaron los mismos cuidados y pensamos que algo diferente encuentran, tiene que ser el modo de y tratarlos creo, nos ponemos en su lugar, les decimos que sabemos lo que nos cuenta, que estamos para ayudarlo, le ofrecemos un lugar te diría. Tuvimos que capacitarnos, adquirir herramientas para afrontar las tareas de la mejor manera. Muchos hicimos posgrados en Cuidados Paliativos y pudimos mejorar el trabajo que ya hacíamos.

Comunicación efectiva

 3:31 ¶ 7 ALE

Ventajas: si totalmente, te permite que el paciente se abra y nosotros dentro de la practica asistencial, te estoy hablando de un área de internación de agudos, donde recién llego un paciente

agudo, con una internación con una neumonía y vos muchas veces te encontras con el paciente sin familiares, sin datos en el HC el médico de la ambulancia que lo trajo no aportó nada, entonces vos , a partir de la empatía, a partir del humanismo, el paciente empieza a contar un montón de cosas que pueden tener o no relación con la enfermedad pero que te van a ayudar a interpretarla a conocerla, a pronosticarla y tratarla



8:1 ¶ 2 Eugenio

Tener empatía es muy importante para poder atender bien a los pacientes. Es la forma de entablar una buena relación médico paciente. Y eso es importante porque a partir de ahí salen los éxitos o los fracasos en el tratamiento. Que el paciente confíe, que se quiera quedar en el hospital, que cumpla las indicaciones, va a depender de como yo lo trate, y para eso si no me pongo en su lugar, corro el riesgo de dar puras indicaciones como si fueran ordenes. A veces es importante dar órdenes, pero la mayoría de las veces la indicación debe consensuarse, así sale mejor. Si es un sentimiento, sería la tristeza. Me apena pensar que se sienten desamparados. Quisiera remediarles esa sensación y hago lo mejor posible mientras estoy en la sala para que eso no ocurra, entonces es hablar, preguntarles, llamarlos si duermen, recordarles cosas, y así, como si fuera un familiar.

Comunicación no verbal



3:33 ¶ 9 ALE

.- lo que utilizamos mucho, que esto lo aprendí con el tiempo a pesar de que me cuesta, porque mi personalidad es de hablar permanentemente, y a veces no respeto los silencios y eso con los años, a medida que nos ponemos más viejitos, vamos respetando los silencios, y hay momentos en donde vos te ventas con el paciente, vos pensar que ahora , en este momento, recién me mandaron un mensaje del hospital, tengo tres pacientes en sedación paliativa, tres pacientes a punto de fallecer, entonces puse los apellidos de cada uno, pregunté y me dijeron, dos partiendo, uno más estable, con uno de ellos , los otros días, me pidió hablar a mí, me dijo , dar se puede quedar? Como no, me quede con él pidió que se vayan los familiares, me dijo siéntese, me senté al lado de la cama, le di la mano, me dijo ya me queda poco, me empezó a agradecer al hospital, da todo eso y llego un momento que se calló, y yo no tenía nada que hablar, simplemente que pasara el silencio , viste, que pasar y no sabes el momento lindo, desde ya, a ver, esto suena poéticamente correcto, es muy lindo, no lo podría hacer con todos, por una cuestión de tiempo, eso se dio ese momento, el paciente lo necesitaba, y ahí tuvimos los dos comunicación no verbal, pura y exclusivamente gestual, fue el silencio lo que trascendió entre los dos.



5:3 ¶ 3 Carolina

Un ejemplo de esto: cuando el paciente te está contando algo de su vida particular y vos terminas involucrándote en la conversación, que a veces no toca el tema de su enfermedad, pero le das una palabra de aliento, un consuelo, un parecer, me ha pasado que me dicen, de la muerte, del marido, de su hijos, yo parto de contar yo también una situación propia similar, solo para que sienta que no hay una distancia , que se sienta empático, también él . Cuando no hay palabras, no hay

verbales, lo veo aunque no diga nada, a veces su expresión, le pregunto, pero depende del estado de ánimo de uno, me ha pasado, años anteriores, que las situaciones se repiten, por ejemplo en embarazadas, una vez le recomiendas algo para cuidar su vida, pero el paciente no te responde o no te hace caso, vos sabes que le hace ,al, que le hará daño ese descuido, pero el paciente persiste, a mí me hace mal, decís esto no tiene solución, me angustio, no tengo que he habar porque me hace mal, no puedo resolver nada, y me angustio, digo , bueno tiene que ver conmigo. Yo lo resuelvo hablando, hablo mucho, no sé de dónde saco las palabras. Se entabla una relación, yo cuento también y después el paciente también me pregunta por mí, por como estoy.

 21:7 ¶ 6 Salvador

Gestos no verbales: reparo, darle la mano, si tiene la mano temblorosa, sudorosa, si se presenta con la cabeza gacha, o erguida, si se cruza de brazos esperándome, si esta al a defensiva

Conexión emocional con las familias

 18:22 ¶ 11 Pedro

. - Las emociones con el paciente no aparecen , aparecen con las familias. Las familias que tiene angustia por su familiar enfermo, uno percibe esa angustia en el familiar y eso a mí si me afecta, una vez se puse a llorar, cuando se murió una paciente joven, claro la madre no podía entender por qué se había muerto en tres días la paciente y eso a mí me angustió, porque bueno mis hijos están en la misma edad y me genera angustia, pero me genera angustia ver el sufrimiento de la familia, no del paciente en sí.

Conflicto

 3:40 ¶ 16 in ALE

A veces pasa, me paso esta semana con un paciente judío, de la muerte no se habla, es tabú, no se toca el tema, entonces el hombre tiene melanoma, metástasis pulmonares, metástasis cerebrales y pregunta por qué no mejora, entonces me reuní con el hijo y con la esposa y digo, chicos, no vamos a poder avanzar en la interpretación si no podemos decirle a él donde está parado, Alejandro por favor, no hables eso con papá, lo de la muerte para papa siempre fue... y bueno... ahí tengo un conflicto prefijado que me va a impedir poder trabajar abiertamente y correctamente, debo respetarlo porque es una decisión personal, aunque no la comparta.

Cuidado

 3:35 ¶ 11 ALE

Fundamental, y ahí está, yo creo que quizás, hay algo de redundancia en todo esto pero es así, no comprender el dolor ajeno es no empatizar. Punto y aparte no amerita más opiniones ni contradicciones ni verdades, es así, hay que entender el dolor ajeno , eso no implica, vos te tenés que mutilar, hay que entenderlo, además, nosotros como médicos tenemos un concepto que es el de

atención a los detalles, cuando yo te médico y te pongo morfina de 10 mg cada 4 hs tengo que estar atento a las 48 hs y te cito nuevamente para ver como anduviste, porque e que yo te del analgésico no implica que vas a nadar bien, entonces, atención a los detalle si meterse en el dolor del otro es fundamental.



6:4 ¶ 3 Cristian

¿Te das cuenta de que sí o sí modifica todo? Porque nos duele, nos pone tristes, pero porque además sin empatía seríamos incapaces de hacer nada, yo creo que renunciaría...y estar contenidos nosotros, no, eso también, sino caes en un pozo y hay que sacarte a vos, es cuidar al otro, si no sabes nadar, no pretendas ir al mar a salvarlo, porque se hunden juntos. Es todo un desafío en el que se intenta dar, pero también se recibe mucho, porque uno se nutre de las familias y los pacientes que acompaña.

Cuidado en salud



3:34 ¶ 10 ALE

No solo Sion gestos en las facies o ene le cuerpo sino que también nosotros tenemos un gesto de tipo humano si quieres llamarlo, de aquellos pacientes que están en fin de vida, les sacamos el paciente de al lado para que la familia se pueda quedar con ellos. Si bien económicamente es jorobado, porque al sacar un paciente de la cama de al lado, es un paciente que no se factura, y es importante también verlo a eso, pero la obra social lo contempla también a eso, lo hemos luchado y lo hemos conseguido, que solo en fin de vida queden acompañados, eso también es un gesto no postural, no facial.

Cuidados paliativos



3:32 ¶ 8 ALE

Ej.: El fin de semana pasado, el viernes, nosotros tenemos dentro del área de paliativos tenemos pacientes oncológicos o no oncológicos, trato de hacer foco yo en los no oncológicos, en los neurodegenerativos, porque mi especialidad madre es Geriátría, no soy oncólogo, trato de focalizarme mucho en la adecuación terapéutica, sonda nasogástrica para demencias avanzadas, trato de adecuar tratamientos. Una paciente de salta, cáncer de útero 41 años, ya la enfermedad no respondió más, la enfermedad gano. Decidimos comenzar a transitar el fin de vida, esto es últimas etapas, últimos días de vida, ella me decía que una de las cosas que más quería era, tiene una pelvis congelada, es decir, todos los órganos de la pelvis están atrapados por el tumor entonces, el intestino no funciona bien y no podía comer nada, y quería cerveza y pizza. Que es lo que hicimos, le llevamos la cerveza y la pizza, se sacó la foto, nos mandó la cerveza y la pizza, después, vomitó, no te quiero decir que le hicimos mal, necesitamos meternos en el lugar del otro, salir de los esquemas habituales, rompimos un protocolo y le dimos calidad de vida, eso sí, ella nos abrió eso, porque hasta ese momento, ella no contaba tampoco nada. Una pavada como anécdota, pero sirvió para dar calidad de vida a todos, a nosotros como equipo profesional, a la paciente porque lo quería hacer y a la familia porque la vió feliz.

 3:38 ¶ 14 ALE

.- lo primero que trato de hacer, en base a si al paciente lo conozco desde antes, es recabar toda la información para saber lo que al paciente le hubiera gustado, no me importa lo que piensen, colegas o familiares, lo único que me preocupa, es que le hubiera gustado al paciente, ejemplo: hay pacientes que les gusta seguir adelante, que quieren todo lo necesario para seguir con vida, otros no quieren saber más nada, otros no quieren tener dolor, trato de recabar eso, como yo hago neurodegenerativos, como ya son pacientes con diferentes tipos de afasia o trastornos de la expresión, la visita con el paciente son 10 minutos y la charla con el familiar son 60 minutos , ahí tarde e recabar y recabar un montón de información, pero siempre trato de centrar todas las prácticas médicas, las tendencias terapéuticas, todo lo que yo pueda hacer en el paciente, en base a los que yo asumo o lo que me dijeron que el paciente hubiera querido.

 3:41 ¶ 17 ALE

. - (acerca del rechazo del paciente al tratamiento) Uf! Y hasta trajo implicancias legales, yo presente en un congreso , una charla , que se llama errores terapéuticos que son los errores que tenemos cuando hacemos cuidados paliativos, obviamente son para que deje el concepto de enseñanza, tuve un paccione que estaba dializando y el paciente , entra en shock , le dicen a la flia la única solución es dializarlo, bueno dice la flia, dialícenlo, cuando él se despierta se despabila y se entera que queda en diálisis de por vida , dice quien decidió por mí? Yo no quería, entonces me dice a mí, no quiero más diálisis. Habla con la nefróloga le digo, no lo dialicen más, se va a ir durmiendo despacito que no entre en edema agudo de pulmón, listo y al quinto día falleció en su casa me en paz, sin síntomas. La hija hizo una nota de queja diciendo que yo había favorecido la eutanasia, después hice mi descargo, eso que se hizo está avalado por la ley, por la moral, la parte ética, se respetó el derecho a la autonomía y no es que estaba conectado a un respirador y yo fui y apagué el respirador; el señor decidió no avanzar con el martirio que significa la diálisis con una enfermedad de base oncológica. Suelo respetar a rajatabla la decisión del paciente cuando no acepta los tratamientos.

 3:42 ¶ 18 ALE

Pedido de eutanasia: Muchas veces y la he rechazado en forma explícita. muchísimas. Siempre la rta es no. Arranca desde lo moral y desde lo ético y desde lo legal, nosotros en nuestro país, se llama suicidio asistido, salvo que vos tengas una enfermedad incurable que se haga una exposición judicial que se ordene a través de la justicia, pero hay otros conceptos hoy, yo puedo brindarte una buena calidad de muerte, sin adelantarte el fallecimiento ni posponerte una agonía. Para eso están los cuidados paliativos. Hasta me han ofrecido plata y me quede tentado pero no. Un hijo para su mama termine charlando en un bar con el hijo, me preguntaba por qué quiere hacer esto? Es tipo era arquitecto de punta del este, a la historia de vida daba para que contrate un sicario, por la relación madre hijo, lo único que tenía, era hacer, aplicar cuidados paliativos y su angustia la tenía que esperar, la tenía que tratar, Dios dispuso, se fue tranquilita y en paz.

 4:1 ¶ 2 Antonio

Se acostumbra a relacionar cuidados paliativos con terminalidad y muy lejos está de ser eso. Los CP abarcan un aspecto mucho más integral que exclusivamente la enfermedad en sí, y tiene una particularidad y es que se trabaja con el binomio paciente familia. Se hace mucho hincapié en a partir de cuando se comienza a trabajar en CP, cuando ya el paciente tiene una enfermedad terminal y ya no tiene cura. El equipo de CP tratar de actuar desde los primeros estadios de la enfermedad. Si yo tengo una enfermedad oncológica, va a haber opciones terapéuticas en el camino, va a haber diferentes líneas de tratamientos, pero desde ese momento ya empezamos a trabajar con el paciente y su familia. Todos sabemos que nacemos, crecemos, maduramos, nos reproducimos, nos enfermamos y finalmente fallecemos, debemos aceptar esa última etapa con la diferencia de que quienes estamos para entender esa última etapa, debemos asesorar a la familia para darle todas las herramientas, para que el paciente tenga el mejor final posible. Ahí empiezan un montón de idas y vueltas: no, papa tiene que terminar en su casa, no en el hospital, no, tenemos que llevarlo a una institución, intentamos apaciguar un poco todo esto, hablar con la familia, ser el nexo con las obras sociales, etc. para intentar dar lo mejor en el final de la vida.



4:2 ¶ 2 Antonio

Los CP inicialmente se aplicaban en oncología, yo en el hospital trato de aplicarlo cada vez más a la geriatría, Argentina es el segundo país de Sudamérica más envejecido, no tenemos infraestructura, estructura económica, políticas de intervención para la población envejecida que tenemos, por eso es fundamental aplicar los CP en todos los procesos neurodegenerativos, procesos patológicos o fisiológico también, las demencias superan estadísticamente al cáncer. ¿Cada vez se vive más, pero cada vez se vive mejor? Quiero mencionar dos aspectos fundamentales de los CP, es muy enriquecedor en lo espiritual, en lo moral y en lo ético, y en lo legal. CP trabaja de la mano del derecho ley 26742, art 11, ley del Derecho del paciente, HC y CI, las directivas anticipadas en el art 11, hay cuatro principios bioéticos, autonomía es respetar la decisión del paciente por sobre todas las cosas siempre y cuando no impliquen prácticas eutanásicas, por eso, hay que trabajar muchísimo con las directivas anticipadas, respetar la decisión del enfermo y en base a eso programar sus últimos días de vida; el otro tema la eutanasia, da para días de debate. ¿Alguien desea morir mal? No, desde el pto de vista etimológico, estamos muy bien, ahora está la ley mal llamada, ley de muerte digna, donde el espíritu es acompañar sin adelantar ni retrasar. Acompañar, hay que recordar que cuando uno jura el JH, si lo leemos, dice a nadie daré una droga para terminar con su vida o consejos para tal fin.



4:3 ¶ 2 Antonio

Extrapolar ideas personales, sino revisar lo que debemos hacer y lo que la ley nos permite hacer. Acompañar al enfermo terminal no es retrasarlo con estudios invasivos, con sondas nasogástricas, con respiradores, ni tampoco acelerarle su final, simplemente acompañarlo.



6:3 ¶ 3 Cristian

Aparte es ilegal, con eso ya hay un porcentaje de acción completado, pero lo ms importante es no dejar pasar el momento, porque el paciente lo pensó, eso es lo más importante, está bien, no

hay eutanasia, no ayudamos a morir, pero hay opciones a considerar con los familiares a veces, que rozan el tema, nos preguntan porque no quieren que sufran por demás, o no quieren que le hagamos nada más invasivo, que se vaya en paz y en el momento justo, sin forzar nada, sería, hablamos de muerte, son decisiones muy fuertes y nos llaman siempre a eso, se espera de nosotros una respuesta que no podemos negar, nos piden consejo, pero lo fuerte es saber que muchos nos escuchan y harían lo que ordenemos, solo porque somos el médico, cuidado ahí. La cuestión, es cómo aportar para que el paciente no pase del pensamiento de morir al pedido de eutanasia. Fácil: desde cada uno que inicia en el tratamiento, es nuestra presencia. Estar presentes. Al lado del paciente, verlo y tocarlo. Que vea que no está desamparado que alguien está pendiente de él, al familiar, igual, acompañar hasta el final, no buscar una situación ajena al entorno del enfermo. Compartir los cuidados con el entorno. Estar disponible para el paciente. No caer en un pacto de silencio: cuando no sabe lo que está pasando, el paciente no puede proyectar el final, lo deja fuera, si el paciente no sabe que le pasa, no es parte del proceso y hace todo muy traumático. ¿En serio seguimos pensando en el papel de la empatía?



9:8 ¶ 7 Fernando

Levante la guardia cuando pienso en Dios, levantar el corazón, nunca había decaído así, te sirve no negar, pero es mejor si te interesa hacer un servicio, si te informas cómo hacer para mejorar, si podés ofrecer algo distinto. A veces les digo de rezar el rosario y se les pasa. Son herramientas útiles... poderosas. Eso me hace bien a mí también, es una experiencia de vida, puede aplicar para consolar a mi paciente. Cuando podar iba con el celular y hacíamos todo por la camarita, la unción con el cura guiando, los familiares, las conversaciones, en el tiempo de los aislados sirvió de mucho, las rtas eran positivas, las familias a veces no entienden y ahí hay que acordar, te preguntan, que me dice, a pesar del momento limite, a veces eso hace de empujón. Rechazar un tratamiento, más bien piden no maniobras invasivas, no avanzar, no le prolonguemos la agonía. Si tiene cáncer avanzado no hay que avanzar, hay que dejarlo, pasar a paliativos. Frente a enfermedades respiratorias, a veces hay que informar que no conviene avanzar. Distinto a decir eutanasia. Una vez que lo pusiste no se lo retira, solo ante la muerte cerebral, después de. La gente pide eutanasia porque no sabe que no se puede hacer. Nosotros no hacemos eso. Aclaremos y listo, explicamos que hay que esperar, que eso no se hace, hubo pacientes que surgió la duda en la familia. Lo aclaramos, no tenemos diferencias, coincidimos en que no. algún inescrupuloso que lo haga, yo no lo he visto aquí. Sería salir de las normas.



11:3 ¶ 3 Juan Pablo

La relación médico paciente es un matrimonio pero de a tres: el paciente, el médico y la familia, un poco difícil... las emociones propias, que me llevo yo... está mal... a mí se me han caído lagrimas delante del paciente, lágrimas de dolor, de tristeza de impotencia, no sé si está bien o mal, me ha tocado con pacientes muy jóvenes que sabes que se van a morir, que ellos saben que se van a morir, hace poco un paciente joven con cáncer de testículo donde su hijo se estaba yendo de viaje de egresados a Bariloche, el hijo no quería viajar porque su papa se moría que seguramente se iba a morir mientras él estaba de viaje y su papa no se quería morir porque su hijo estaba en Bariloche para que no se sienta culpable, tuve que sedarlo mientras el chico estaba en Bariloche y estirar la agonía

para ver que llegara vivo el padre al regreso del hijo para que este no se sintiera culpable de haberse ido. Mi primer paciente de paliativos fue una nena de 14 años, donde la nena me enseñó tantas cosas, era un adulto.

 13:3 ¶ 3 Maribel

Situación vida o muerte, me pasó una viejita, cuya familia no quería métodos invasivos, la señora no podía emitir ninguna palabra, el trabajo de acompañamiento era con la familia, esa familia, pese a seguir su voluntad de la señora, la culpa los siguió durante toda la internación de la señora, hasta que la paciente falleció. Acompañar a la familia es relevante. La situación de etapa terminal, la realidad es la evaluación del paciente, si puede dar cuenta de cómo lo quiere transitar esos últimos momentos de la vida, determinar alguna escala para medir el sufrimiento psíquico, probablemente exista y la tendría que buscar, sí me pasa a mí en la práctica diaria, después de un tiempo en este servicio, uno se da cuenta cuando el familiar simula, lo que te da el terreno es que te puedes dar cuenta por la mirada por los gestos, todo, incluso una persona quebrada en llanto puede estar simulando, obviamente de todo se deja registro y las impresiones que uno tiene, pero es difícil cuando el profesional no tiene tanta experiencia es como que invierte un tiempo que realmente en definitiva sé que no va a llegar a nada esa intervención, porque el paciente o la familia ya decidió.

 13:4 ¶ 3 Maribel

Eso me pasa a mí, en mi experiencia, hace 10 años no podría haber dicho esto ... Cuando rechaza el tratamiento, preguntarle por qué, siempre hay que ir por el paciente, hay veces que se cansa, en lo personal me pasó, una paciente tenía la bisabuela muy grande, estaba demenciada internada en paliativos, al tercer día de una de las últimas internaciones, la mira y le dice Y a estoy cansada vieja, el paciente se cansa, hay que saber respetar y saber comprender, la empatía es eso, comprender lo que le pasa al otro y también acompañar a la familia a que comprenda eso, a veces, el paciente dice basta pero la familia no escucha o impone su voluntad, no acepta ese basta, entender que del otro lado hay una persona; si pide morir, la situación ideal sería no tener que responderle, mi postura choca, en esto de respetar lo que quiere el paciente yo tengo que, bueno, medir las consecuencias, ver la realidad de la situación, a mí me pasa que yo necesito dar hasta lo último para que ese paciente llegue al final de su vida, colaborar con eso es respetar su deseo y yo tengo que dejar lo que a mí me suceda aparte, pero no significa avanzar en la eutanasia, no sé si fui clara...el acto médico debe ir separado de la cuestión subjetiva de decidir morir, no somos quienes ayudamos a eso, a morir.

 14:1 ¶ 2 Mario

Situación de trasplante, los lugares tienen una idiosincrasia, no es lo mismo atender en la pcia que en caba, me quiero llevar esa impresión de cada lugar donde estoy. A veces vemos gente que se tiene que trasladar porque no le resulta fácil, y es por la calidad de la atención, cuando planteamos temas como el fin de vida, no es para todos lo mismo, a veces se hace una propaganda de la situación que me parece que tenemos que hilar mucho más profundo, lo que se implementa como ley o como

moda, en medicina lo que hoy va a misa, mañana está en cuestionamiento, nuestro trabajo es cuestionar todo el tiempo nuestras acciones. Y si podemos tomar estas decisiones junto al paciente.

 17:1 ¶ 2 Patricia

Me enfrento día a día con el sufrimiento del paciente. No podría hacerlo si no fuera empática, es ponerse en sus zapatos. Mi intención en la práctica de todos los días es poder dar visibilidad a los cuidados en el final de vida. No todo el mundo sabe que son, por ejemplo, los cuidados paliativos. Hay muchas cosas que hacer con los pacientes para aliviarlos, estamos capacitados para que la tarea se realice bien, con todo el esmero, con toda profesionalidad, es cierto que hay muchos obstáculos, pero creo que nuestra vocación nos hace avanzar. Otro de los objetivos para atender con empatía es que nos encargamos del sufrimiento. Busco los modos de abordar la enfermedad avanzada, que comienza desde el primer momento y cuando se complica comenzamos en el equipo interdisciplinario, todos deberían saber cómo tratar a nuestros pacientes, no solo nosotros. Coordinar con los demás, estar atendido en todos los aspectos. Atendemos pacientes que sufren enfermedades oncológicas, insuficiencia cardíaca, respiratoria, renal, demencias, etc.

 20:1 ¶ 2 Rubén

En nuestro proceso de trabajo a veces detectamos que ciertos pacientes necesitaban otro tipo de atención de forma continua o más seguimientos en domicilio. Notamos esa falta. hacemos una tarea que en un principio te shockea, sentís que los casos son muy difíciles, tenés que resolver y estar muy atento, al principio era una impresión más natural la que tenía... pero que con el tiempo se hizo más exigente, porque al resolver situaciones, otros pacientes buscaron los mismos cuidados y pensamos que algo diferente encuentran, tiene que ser el modo de y tratarlos creo, nos ponemos en su lugar, les decimos que sabemos lo que nos cuenta, que estamos para ayudarlo, le ofrecemos un lugar te diría. Tuvimos que capacitarnos, adquirir herramientas para afrontar las tareas de la mejor manera. Muchos hicimos posgrados en Cuidados Paliativos y pudimos mejorar el trabajo que ya hacíamos.

 3:40 ¶ 16 ALE

A veces pasa, me paso esta semana con un paciente judío, de la muerte no se habla, es tabú, no se toca el tema, entonces el hombre tiene melanoma, metástasis pulmonares, metástasis cerebrales y pregunta por qué no mejora, entonces me reuní con el hijo y con la esposa y digo, chicos, no vamos a poder avanzar en la interpretación si no podemos decirle a él donde está parado, Alejandro por favor, no hables eso con papá, lo de la muerte para papa siempre fue... y bueno. ahí tengo un conflicto prefijado que me va a impedir poder trabajar abierta y correctamente, debo respetarlo porque es una decisión personal, aunque no la comparta.

Depresión

 18:27 ¶ 16 Pedro

Expresan con negativismo, cambios en el estado de ánimo, con llanto o con rechazo a hacer alguna actividad que los puede ayudar a progresar, alguna movilización, también las situaciones contrarias, uno trato de bajar los de la cama, ayudarlos, acá había una señora con un EPOC muy avanzado que no le podemos sacar el respirador, la intentamos llevar al patio que tome aire, pero ella se negaba.

Desapego

 18:15 ¶ 3 Pedro

Es relevante? NO. Porque no la práctica médica , en terapia intensiva por ejemplo , es un vínculo más difícil de relacionarlo porque los pacientes no están despiertos y a veces nos perturba la toma de decisiones en cuanto a cosas objetivas con el paciente, por ahí, a veces se establece esa relación de empatía con los pacientes que están despiertos , que tienen algún problema crónico, que están despiertos y que hay un vínculo en el cual uno pueda charlar o no, o una relación de empatía con la familia o no porque a veces también la familia , el vínculo que uno llega a hacer en los informes diarios, a veces se puede generar una relación de empatía positiva o una relación de nada de no empatía, de rechazo, eso no es empatía. Que puede sesgar tus acciones, por eso no me parece relevante, me parece que uno tiene que ser por lo menos en UTI, no guiarse por ese vínculo de empatía sino por cuestiones objetivas,

Dificultad de comunicación

 2:3 ¶ 3 Alberto

Cuando llevaba a los residentes a dar informes, si nosotros hiciéramos esto que hacemos en EE. UU., iríamos presos, porque le informamos a la familia, ahí no hacen eso, le informan al paciente, no a la familia, solo si el paciente autoriza se le informa a la familia, nosotros de hecho, informamos primero a la familia, sino te matan si no le informas, el residente le informaba: tuvimos que hacer una cesárea porque hubo una distosia dinámica, el familiar miraba sin entender. Lo interesante es que ese residente en el pase de sal, media hora antes, si yo preguntaba, me decían hicimos la cesárea porque no bajo la cabecita. Eso es un ejercicio de poder, la palabra es un ejercicio de poder, imagínate frente a la muerte, pretendemos que entienda la primera vez que le doy una mala noticia... al menos después de 4 entrevistas podes creer que ya lo sabe, el paciente repregunta, no hay que meterse en recovecos en la práctica, no hace falta, que el paciente no se sienta juzgado, que el otro no este solo cuando tiene que decidir, Cuando llegamos a ese espacio de muerte digna, o últimos momentos de vida digna , eso es lo que hay que trabajar y no hay posibilidad de pensarlo en soledad, esto involucra a la flia, sus amigos, todo entra en el tratamiento, hay transversalidad absoluta.

Dificultades en el manejo de pacientes difíciles

 3:37 ¶ 13 ALE

Ese es un punto conflictivo que la psicóloga que esta con nosotros en el hospital de alguna manera me reto, y me dice, Ale, no tenés que darle la solución a todos los pacientes, puede ser que con alguien

no se la puedas dar , no tenés que ser el que siempre para resolver los problemas, había una paciente, cáncer gástrico, terminal ,doblada en la silla, doblada en la silla de ruedas, pero esta así doblada hace dos meses, no era de la obra social, es la conocida de un amigo, la hice traer, deje de atender un paciente que ya estaba programado , la hice bajar a guardia médica para qué? No lo iba a resolver, el problema de esa chica es que tiene que empezar con a la quimio rápidamente, y su obra social le tiene que proveer todo, entonces, hay veces que no lo logro manejar, cuando el paciente, no se le calma el dolor, es algo que hasta no conseguir por lo menos que este mas calmo, no paro y eso es sumamente desgastante.

Dolor por la muerte de un paciente joven



18:22 ¶ 11 Pedro

. - Las emociones con el paciente no aparecen, aparecen con las familias. Las familias que tiene angustia por su familiar enfermo, uno percibe esa angustia en el familiar y eso a mí si me afecta, una vez se puse a llorar, cuando se murió una paciente joven, claro la madre no podía entender por qué se había muerto en tres días la paciente y eso a mí me angustió, porque bueno mis hijos están en la misma edad y me genera angustia, pero me genera angustia ver el sufrimiento de la familia, no del paciente en sí.

Empatía



10:20 ¶ 3 Juan Carlos

La percepción del dolor del otro es parte de la relación Medico paciente, es fundamental es apersona sufriendo puede ser mi hijo, no quisiera estar en ese lugar en esa función no estar del otro lado y que he no me atiendan.



17:2 ¶ 3 Patricia

La razon de la buena práctica, empática, que se preocupe por la persona que está sufriendo es hacer el control eficiente de los síntomas: procurar la calidad de vida del paciente en todos los aspectos. Adaptar las medidas a cada fase del paciente, por ejemplo, no le vamos a proponer a todos lo mismo, muchas veces pensamos en un recurso y luego no se adapta al paciente y entonces hay que cambiar, volver a empezar...



18:17 ¶ 5 Pedro

.- Ponerse en el lugar del otro es bueno, nos pasa por ejemplo cuando hacemos algún procedimiento invasivo, la colocación de una vía venosa central, para nosotros los terapeutas es mucho más fácil hacerla a un paciente que esta ventilado y dormido y no a uno despierto que está respirando solo, porque ahí entran cosas del paciente: el dolor, al incomodidad, que el paciente te pueda putear, se pueda mover y eso a nosotros nos genera discomfort para hacer el procedimiento, a veces si uno se pone en el lugar del paciente, voy y le digo, mira te vamos a hacer tal cosa y es necesario por esto,

por lo otro, primero te vamos a hacer esto, vas a sentir un ardor, le explico porque e trato de ponerme no le lugar pero bueno, al comienzo eso no lo hacía,

 3:27 ¶ 2 ALE

Para mí, empatía es Aquella capacidad propia de cada ser humano de llegar al otro lo mejor posible.

 3:28 ¶ 4 ALE

Trato de hacerlo permanentemente (ponerse en el lugar del paciente) para mi es un sinónimo en la práctica asistencial del concepto de empatía, tratar de ponerse en el lugar del otro, no significa llorar con el otro o tener hambre como el otro o tener dolor como el otro, por eso empatizar y humanismo para mí, son sinónimos y van de la mano.

 3:29 ¶ 5 ALE

.- para mi es , un ejemplo,: los otros días en el recorrido de sala, yo tengo 20 residentes a cargo , y a uno lo saque a un costado y le dije, vos tenés muy buenas notas, sos un excelente chico, pero no empatizas, necesito que empatices cine le paciente, no te pido que te sientes en la cama con él ni que lo abracés ni que lo peines, pero necesitas empatizar , porque de esa manera ganas la confianza de él y se abre todo, se abre un nuevo mundo para vos, se abre un nuevo mundo para el paciente, vas a sacar muchas más conclusiones, además que te vas a podes llevar la anamnesis , que era lo que él estaba fallando, adelante.

 3:31 ¶ 7 ALE

Ventajas: si totalmente, te permite que el paciente se abra y nosotros dentro de la practica asistencial, te estoy hablando de un área de internación de agudos, donde recién llego un paciente agudo, con una internación con una neumonía y vos muchas veces te encontras con el paciente sin familiares, sin datos en al HC el médico de la ambulancia que lo trajo no aportó nada, entonces vos , a partir de la empatía, a partir del humanismo, el paciente empieza a contar un montón de cosas que pueden tener o no relación con la enfermedad pero que te van a ayudar a interpretarla a conocerla, a pronosticarla y tratarla

 3:33 ¶ 9 ALE

.- lo que utilizamos mucho, que esto lo aprendí con el tiempo a pesar de que me cuesta, porque mi personalidad es de hablar permanentemente, y a veces no respeto los silencios y eso con los años, a medida que nos ponemos más viejitos, vamos respetando los silencios, y hay momentos en donde vos te ventas con el paciente, vos pensar que ahora , en este momento, recién me mandaron un mensaje del hospital, tengo tres pacientes en sedación paliativa, tres pacientes a punto de fallecer, entonces puse los apellidos de cada uno, pregunté y me dijeron, dos partiendo, uno más estable, con uno de ellos , los otros días, me pidió hablar a mí, me dijo , dar se puede quedar? Como no, me quede

con él pidió que se vayan los familiares, me dijo siéntese, me senté al lado de la cama, le di la mano, me dijo ya me queda poco, me empezó a agradecer al hospital, da todo eso y llego un momento que se calló, y yo no tenía nada que hablar, simplemente que pasara el silencio, viste, que pasar y no sabes el momento lindo, desde ya, a ver, esto suena poéticamente correcto, es muy lindo, no lo podría hacer con todos, por una cuestión de tiempo, eso se dio ese momento, el paciente lo necesitaba, y ahí tuvimos los dos comunicación no verbal, pura y exclusivamente gestual, fue el silencio lo que trascendió entre los dos.

 3:35 ¶ 11 ALE

Fundamental, y ahí está, yo creo que quizás, hay algo de redundancia en todo esto pero es así, no comprender el dolor ajeno es no empatizar. Punto y aparte no amerita más opiniones ni contradicciones ni verdades, es así, hay que entender el dolor ajeno, eso no implica, vos te tenés que mutilar, hay que entenderlo, además, nosotros como médicos tenemos un concepto que es el de atención a los detalles, cuando yo te médico y te pongo morfina de 10 mg cada 4 hs tengo que estar atento a las 48 hs y te cito nuevamente para ver como anduviste, porque es que yo te del analgésico no implica que vas a nadar bien, entonces, atención a los detalle si meterse en el dolor del otro es fundamental.

 5:1 ¶ 2 Carolina

La empatía es un ida y vuelta entre uno y el paciente el concepto es condición sinequanon. Yo siento que si el paciente, no tiene un buen trato... parte del tratamiento y de la atención medica es que el paciente se sienta bien tratado, que sienta que vos lo escuchas, que sienta que a vos te interesa lo que le está pasando, eso es fundamental. Te cambia toda la atención que el sienta que te importa lo que le pasa, aunque te hable de otra cosa, que no sea la enfermedad, a veces no solo su patología, a veces vienen con cargas externas, sus familiares, su entorno, eso yo lo pongo muy sobrevalorado. Siempre me pongo en el lugar de mi paciente. Ponerse en el lugar del otro es fundamental porque es a manera de entenderlo, saber que le pasa, que le duele, como le duele, a mí me gusta que me traten bien entonces yo doy lo mismo, trato de atender a la persona como si fuera el presidente de la nación, es mi manera, aunque sea un paciente o aunque sean 20, trato de agregarle eso. A veces estoy sin energía, cansada y me siento con culpa; el paciente no tiene la culpa de mi forma de estar ese día, y yo no lo atiende bien por estar mal yo, no me parece. Esta bueno eso de tratar al otro como te gustan que te traten a vos. No hay desventajas en la empatía.

 5:2 ¶ 2 Carolina

Si le pones mucha energía, al final del día, sentís que te vaciaste, quedas como agotado, pero pienso que valió la pena, porque le hiciste un bien a la persona, si lograste una sonrisa, es lo que te reconforta de la atención médica, no es solo el acto médico, sino el decir yo hice algo por esta persona a lo mejor necesitaba que la escucharan, y bueno y valió la pena, cansarse, en el fondeo reconforta si fue con ese objetivo.

 5:3 ¶ 3 Carolina

Un ejemplo de esto: cuando el paciente te está contando algo de su vida particular y vos terminas involucrándote en la conversación, que a veces no toca el tema de su enfermedad, pero le das una palabra de aliento, un consuelo, un parecer, me ha pasado que me dicen, de la muerte, del marido, de su hijos, yo tarto de contar yo también una situación propia similar, solo para que sienta que no hay una distancia, que se sienta empático, también él. Cuando no hay palabras, no hay verbales, lo veo aunque no diga nada, a veces su expresión, le pregunto, pero depende del estado de ánimo de uno, me ha pasado, años anteriores, que las situaciones se repiten, por ejemplo en embarazadas, una vez le recomiendas algo para cuidar su vida, pero el paciente no te responde o no te hace caso, vos sabes que le hace ,al, que le hará daño ese descuido, pero el paciente persiste, a mí me hace mal, decís esto no tiene solución, me angustio, no tengo que he habar porque me hace mal, no puedo resolver nada, y me angustio, digo , bueno tiene que ver conmigo. Yo lo resuelvo hablando, hablo mucho, no sé de dónde saco las palabras. Se entabla una relación, yo cuento también y después el paciente también me pregunta por mí, por como estoy.

 5:4 ¶ 4 Carolina

Nunca me pasó, he tenido que dar malas noticias, aconsejar como seguir, a veces el paciente no lo sabe, no quiere enterarse, me ha pasado de tener que decir lo que nadie se atreve a enfrentar. Antes me lo tomaba mejor, ahora con el paso de los años, me afecta más, me angustia más, muchas cosas feas, tantas, uno lo ve y dice puede ser mi hermano, puede ser mi madre, mi hijo, y me afecta, trato de disimular, y continuo con la atención, pero me afecta cada vez más, me queda una angustia y digo, basta no quiero ver nada más, nada más. Ese cambio se debe a la edad de uno, te pones más grande, de joven te llevas la vida por delante. La intensidad de lo psíquico puede percibirse, depende del paciente, hay quienes lo expresen mejor, otros son más negadores pero debes tener la actitud de querer percibirlo, yo trato de tener eso en mente, de poder decir la palabra que el paciente necesita. Hay veces que el paciente esta intratable, pero lo estas ayudando igual si le pones paciencia, si seguís en el cuidado a pesar de su negativa, muchos se sorprenden de que los traten bien y me agradecen y yo no lo puedo creer porque e para mi es algo básico y la gente te lo agradece, me sorprende, les digo no es lo que hago, es mi obligación, no tiene nada que agradecerme lo dicen al despedirse.

 5:7 ¶ 7 Carolina

empatía y eutanasia, toma de decisión: ponerme en el lugar del otro para poder comprender por qué toma esa decisión y desde ahí, bueno no juzgar por que lo hace, porque lo pide. La empatía ayudaría a acompañar la decisión, pero no la teñiría, no alcanza a empatizar para cambiar la postura al respecto, buscaría ayuda en otro profesional, le recomendaría seguir hablando de eso, le diría que comprendo, pero le daría mis razones, le pediría que me escuche.

 6:1 ¶ 2 Cristian

Ser empático es querer ayudar al otro. Desde los sentimientos, con espíritu de colaboración, de asistencia, es saber cómo se siente sin que te lo diga y casi te digo, sentirse igual, pero bueno, sabemos que nosotros somos quienes lo cuidaremos, recibirlo con amabilidad y afecto, para que se sienta confiado, tampoco ahogarse junto con ellos, a la empatía es necesaria y fundamental sino no podés atender este tipo de patologías. En la guardia te das cuenta, cuando las crisis llegan y es ya la respuesta, hay que actuar, hay que decidir rápido y parece que tenés que ser calculador, igual, sin un poco de consideración es imposible, pasar la urgencia, sí, pero luego volver a la calma y reflexionar en la situación del paciente. La guardia no es el lugar adecuado igual, pero a veces no hay otro. Es importante tener disposición y ganas de atenderlos, buscar las herramientas precisas, saber hacer, no se puede improvisar, el conocimiento, la formación es muy importante. Con María veíamos pacientes cada uno por nuestro lado y siempre nos encontrábamos, compartíamos las vivencias, yo a veces necesito de la parte médica, de otra especialidad y ella de todo lo que hace a lo emocional, así que sí, trabajar en equipo es clave. Estos enfermos necesitan de compañía y de cuidados que no siempre es un fármaco o un procedimiento técnico, la presencia nuestra es clave.



6:2 ¶ 3 Cristian

(...) La mirada. Mirar a la persona y no a la enfermedad y, en base a eso, armar una estrategia de cuidado para mejorar la calidad de vida. Hay que desestructurarse y poder mirar a la persona enferma, dejar un poco de mirar sólo la enfermedad, los resultados son muy gratificantes, porque nosotros también somos personas que sufrimos, también nos duele, es muy feo que creas que vas a superar todo solo por ser médico, no, eso no. Ponernos con el paciente, con nombre y apellido, con historia clínica, sí, pero bajar lo más posible lo técnico y hacerlo más cercano, tenemos la posibilidad de hacerlo y en equipo, lo que aliviana cualquier dificultad. Cuando aparece la idea de que será mejor morir, trato de preguntarme qué pasa por su cabeza. Trato de ver y escuchar que es un pedido de ayuda, de que se acabe el sufrir, no ser una carga, preservar su autonomía, vivir pero así no. La clave es atender las alarmas. Mi respuesta a cualquier atisbo de eutanasia, si surge en el paciente, si surge en el equipo, es decir no.



6:4 ¶ 3 Cristian

¿Te das cuenta de que sí o sí modifica todo? Porque nos duele, nos pone tristes, pero porque además sin empatía seríamos incapaces de hacer nada, yo creo que renunciaría...y estar contenidos nosotros, no, eso también, sino caes en un pozo y hay que sacarte a vos, es cuidar al otro, si no sabes nadar, no pretendas ir al mar a salvarlo, porque se hunden juntos. Es todo un desafío en el que se intenta dar, pero también se recibe mucho, porque uno se nutre de las familias y los pacientes que acompaña.



7:1 ¶ 2 in Eduardo

Empatía es ponerse en el lugar del otro. Saber que le pasa, como se siente, hacerle saber que comprendemos, que nos ponemos en su lugar, que queremos ayudarlo. Es difícil. Trabajamos en la trinchera, a pie de trinchera. Me pone muy nervioso, cuando otros hablan sin saber del terreno, los que

no han hecho nada. Estoy convencido de que funciona ser empático. Nuestros pacientes son enfermos de gravedad larga en el tiempo, con cuestiones muy complejas, a veces incapacitantes, que genera gran dependencia, pacientes que tienen dificultad para desarrollar sus actividades cotidianas, cosas básicas y a veces el tratamiento solo consiste en tratar de que alcancen esa autonomía perdida sobre sus acciones, en definitiva que mejore su calidad de vida, viste que aquí hemos revisado muchísimo el tema calidad de vida, siempre hemos reparado en que ese sea el objetivo de estos tratamientos que llevamos adelante. A veces damos el blanco siendo oportunos con las intervenciones. Tenemos pacientes con cáncer de larga evolución, pacientes parapléjicos, con enfermedades cardiorrespiratorias avanzadas o enfermedades neurodegenerativas. Pacientes respirados, a veces con comorbilidades. Siempre están mal. Van y vienen.



7:5 ¶ 5 Eduardo

(...) El paciente te dice, quiero aprovechar cada minuto, pero no siempre es fácil, hay mucho que hacer, pero el pedido ya te moviliza... no podes no ser empático ahí... por eso te digo, no creo que no haya empatía, cómo entender sino, las cosas por las que pasamos...sí, es bravo, pero la luchamos con ellos, eso nos alivia o nos tranquiliza, el límite está ahí y por suerte nadie lo niega o lo desconoce, sabemos que hasta cierto punto se puede, después ya no. El paciente debe colaborar, incorporar las modificaciones a su vida, lo mejor sería siempre poder estar controlando, pero eso no es así y tenemos un tiempo de cuidado parcial del paciente, muchas veces lo logrado en el día, cuando volvemos al día siguiente desapareció porque los modos de intervención no se mantuvieron en nuestra ausencia. No me puedo ir pensando en eso, o sí, lo pienso, pero debo separarlo para poder seguir con mi vida y mi función, sino no serviría para nada, no podría seguir atendiendo. Elegí esta especialidad porque el desafío es garantizar la presencia a mi paciente, pero sé que no depende de mí, no somos superhéroes, hay una parte, grande te diría que se escapa de nuestras manos, no se puede pretender que el éxito es completo o que esa dificultad no existe. Pero bueno, continuamos, no se nos mueve la esperanza, Nunca me enojo, aprendí a entender que el proceso de esta especialidad implica este desastre, y que habitamos el desastre y que igual la peleamos con el paciente.



7:6 ¶ 5 Eduardo

Me interesa que el paciente vea que estoy ahí, a pesar de todo. Que sienta que la lucho con él. Es una situación en donde la disponibilidad debe garantizarse. Mi familia me ayuda, mis amigos, te diría que el trabajo del equipo fuera de la sala también, porque compartimos un tercer tiempo, decimos siempre y nos fortalece saber que no estamos solos, aunque debo ser pesimista, muchas veces creo que sí, que estamos solos en este hospital... es tan importante descansar un poco... la silla de ruedas le hace daño... hay que conseguir otra y yo recuerdo a los que juntan tapitas para el Garrahan, y la verdad no les creo nada, no creo que eso alcance para mucho... yo he respondido que voy a brindar todo lo necesario para que no quieran morirse, a veces cambian. Yo creo que la eutanasia la piden por cansancio, y yo les respondo que yo no me voy a cansar... y sin embargo te aseguro que no doy más, pero bueno avanzo, yo soy el que está bien, sano, se supone, se espera de mí... Si optimizamos la atención, podrían no solicitar la eutanasia...no pueden percibir que nos cansamos de ellos, porque aparte no es así, pero es muy fácil que esa sea la creencia que sostienen si nuestra respuesta no se

vuelve comprensiva y empática. No me han pedido la eutanasia, pero no la doy. Es ilegal diría. Por suerte no me ha pasado, sería difícil enfrentarlo, decirle que no, pero lo haría. La respuesta es no. Lo que sí me paso que un paciente en un mismo día quiso morirse o seguir viviendo varias veces.



8:1 ¶ 2 Eugenio

Tener empatía es muy importante para poder atender bien a los pacientes. Es la forma de entablar una buena relación médico paciente. Y eso es importante porque a partir de ahí salen los éxitos o los fracasos en el tratamiento. Que el paciente confíe, que se quiera quedar en el hospital, que cumpla las indicaciones, va a depender de como yo lo trate, y para eso si no me pongo en su lugar, corro el riesgo de dar puras indicaciones como si fueran ordenes, A veces es importante dar órdenes, pero la mayoría de las veces la indicación debe consensuarse, así sale mejor. Si es un sentimiento, sería la tristeza. Me apena pensar que se sienten desamparados. Quisiera remediarles esa sensación y hago lo mejor posible mientras estoy en la sala para que eso no ocurra, entonces es hablar, preguntarles, llamarlos si duermen, recordarles cosas, y así, como si fuera un familiar.



9:1 ¶ 2 Fernando

Empatía es ponerse en el lugar del otro. El concepto me parece un montón de relevante en la práctica, porque es ponerte en el lugar del paciente, para atender al paciente como si te atendieses a vos mismo. Suelo hacerlo, trato de ser lo más profesional y humano posible. Yo lo hago todo el tiempo, los pacientes están en una cama sin moverse, mucha cosa, pero donde más se nota es en el trato con la familia, dejarlos pasar un ratito más, informarlo mejor, sin hay informe antes, darlo, si hay que hablar más tiempo, media hora, hablar media hora, con el paciente, como es todo muy técnico por ahí no se nota tanto, no hablan, a veces pasan a estar intubados o entran en coma farmacológico, por ahí no se nota tanto el vínculo esmerado en ponerse en su lugar. Diferencia entre la atención RMP en otros lugares, la ventaja de ser empático es que soy católico practicante, es como que de arriba están mirando todo lo que haces continuamente, Dios te graba y te filma todo lo que haces, una vez que te morís vas a un juicio y ahí defiendes tus acciones, o estas orgulloso... Dios lo está viendo constantemente lo que hace, mirando lo que hacemos, por eso, yo no lo hago, pero al final del día haces un examen de conciencia y pide perdón por lo pecados. La empatía, eh... uno no puede ser católico y no ser empático, arriba se están fijando todo lo que haces, y lo que decís. Es arriba, cuestión de lugar. Acordar con Dios, hacer lo que te pide.



9:4 ¶ 5 Fernando

Convertirse es hacer un giro y descubrir a Dios. En el otro esta Dios. Verlo en este escenario es difícil. Lo más difícil de la percepción es tenés que tener amor, la esperanza, la fe pero el más grande es el amor, o percibir el dolor del otro hay que tener amor y no tratarlo con un corazón duro. No se puede dar lo que no tienes, si no tenés amor en tu vida, para vos, entonces menos para el paciente. Hay gente que dice una cosa y hace otra, eso no sirve, hay mucha gente que sin ir a la iglesia se comportan con mucho amor, que son muy atentos a cuidar al otro, desde la empatía, se hacen cargo. Impecables. Lo importante es lo que vemos afuera donde está el otro, en lo diario, reblandecer

el corazón, es difícil. Eso se pone en práctica con los pacientes y con la flia. Si hay un paciente que se está muriendo, acá solo dejan entrar a dos, pero yo sé que son más, yo los dejo pasar, de a poco, se quedan horas, les pregunto y les ofrezco si quieren darle la extrema unción al paciente, con la enfermera llamamos al cura de acá a la vuelta y viene, a veces es tarde ya, pero la mayoría de las veces la familia acepta y lo logramos. Lo he intentado directo con el paciente, hablando, sugiriéndole si quiere que llamemos la cura, si quiere confesarse o arreglar cosas pendientes y eso es muy difícil de hablarlo, se complica, es un esfuerzo. Yo le tiro la pelota al familiar, yo no puedo ir, pero si ellos no van, no van a decir que nadie les aviso.

 10:17 ¶ 2 Juan Carlos

Define empatía: ponerse en el lugar del otro. El concepto me parece vital para la práctica médica, primero por la capacidad de ser útil y ponerse en el lugar del otro porque si vos te capacitas para tratar de ir progresando y mejorando, porque te gustaría que hagan lo mismo si estuvieras en ese lugar, no podés predicar algo de lo que careces. Es fundamental. Siempre me pongo en el lugar de mi paciente, lo tomo y me gustan los pacientes críticos, pero lo tomo como un desafío personal y profesional. No por el ego, sino porque además de medico ser humano. Yo creo que Dios está. A veces hay cosas que decís, no puede ser como hice, hay una fuerza sobrenatural que te guía, pero vos también tienes que esforzarte sino y la pregunta sería muy simple, y por qué Dios no ayuda a todos? Primero persona antes que médico. Existen ventajas en ser empático. Lo fundamental seria la satisfacción personal, el ser humano, lo importante es el bienestar y el equilibrio armónico que tenés vos al ponerte en el lugar del otro, porque todos somos iguales. La diferencia estriba en ser mejor ser humano.

 10:18 ¶ 3 Juan Carlos

Ejemplo en la práctica: te puedo 50000. A veces hay que ser descaradamente drástico, un desafío es transmitir la información y es fundamental que el paciente o su familiar sepa cuál es la magnitud del problema. Actuar mejor y sin condicionamientos cuando podés decir la verdad, la falla es que no se sabe transmitir, en el lenguaje, al familiar. Acá ves gente con bajo nivel cultural, no vendes ilusión ni mentirle, o hablarle difícil. Hablarle con términos simples, que sepa la gravedad del problema pero que sepa que jamás lo vamos a abandonar, es un desafío, tienes que dedicarle tiempo y tener sagacidad, la gente no come vidrio, la gente sabe en la forma en que le hablas y en eso fallamos mucho, bastante. La forma en que le hablamos, decirle en términos técnicos, le suena a sanata. Hablar con convicción y convencimiento, la persona se va a percatar. Es ponerse en el lugar del otro para saber cómo te gustaría que te expliquen para poder entender. Muchos dicen a la empatía, pero no lo consideran al paciente un igual, un semejante. La empatía es la comprensión. Cuanto más instruido, más comprensivo, más empático.

 10:19 ¶ 3 Juan Carlos

Caso clínico: varias veces, he hecho cosas que no debería hacer, una vez un paciente de 32 años, había que hacer una intubación intraqueal y no se veía nada y ya estaba a en paro respiratorio

y a pesar de que tengo bastante destreza para intubar, no pude y agarre y le metí un tubo con alambre, lo clave literalmente, y lo logre salvar y me fui al cuarto de al lado a decir gracias dios mío, después nos dimos cuenta de que la tráquea estaba tapada con un tumor, un seminoma, pero vivió. Nadie nace para la. La vocación es la de servicio. Tratar de hacer lo que hacemos de la mejor manera posible, y tratar de ser útil de la mejor forma y transmitir lo que sabes. Repara en los gestos y expresiones no verbales, me llama la atención la locuacidad, cuando entra ya te das cuenta, la mujer, mucho más lucida que los varones, en los consultorios las mujeres hablan por su compañero, te das cuenta de que va a tomar la iniciativa por la forma de caminar, el varón se deja manejar dar los remedios, buscar el tratamiento. y no tiene que saber quién maneja el seguimiento, uno debe darle el lugar al paciente, no volverlo dependiente, dejarlo que se exprese por sus propios medios y no actuar con soberbia. No equivocarse al actuar con soberbia. Se puede hacer un semblanteo de su lenguaje corporal, como se sienta como se mueve en la consulta, que responde. Hay que saber discernir.



13:1 ¶ 2 Maribel

La empatía yo la entiendo como la capacidad de ponerse en el lugar de la persona con la que estoy interactuando, puede ser un paciente, puede ser la familia. El concepto me parece muy relevante en la práctica médica, porque si yo no tengo la capacidad de ponerme en el lugar del paciente como voy a pensar en un tratamiento prolongado, para que pueda entender la importancia de la adherencia, tanto él como la familia. Suelo ponerme en el lugar de mi paciente. A mi muchas veces me pasa que hay situaciones que me movilizan, y trato de hacer por el otro lo que me hubiese gustado que hicieran conmigo en situaciones personales, ventajas? Logro una buena contratransferencia con mis pacientes, me pasa que vienen a la guardia y me buscan, vienen a l consultorio y me buscan, los pacientes que están internados, tanto los pacientes como la familia, me buscan a mí. Y también lo que me pasa con mis compañeros, tanto del servicio como de otros servicios, o las enfermeras, también me buscan a mí, porque ven como es el vínculo que tengo con mis pacientes.



13:2 ¶ 3 Maribel

La primera vez que yo me di cuenta que tenía una buena contratransferencia fue el año pasado con una situación de una paciente, que había intentado suicidarse, que llegó derivada de la UPA y después tanto la madre como la paciente, yo me daba cuenta cuando entraba a habitación cómo me miraban, les cambiaba la cara, les cambiaba la expresión, incluso en los controles post alta la intención de ellas era seguir el tratamiento ambulatorio conmigo y yo les decía que no era posible, porque al tener obra social, seguramente seguirían atendiéndose allí, pero la madre me abrazaba y me decía gracias! Vos le salvaste la vida a mi hija! Poder tener registro del dolor ajeno es parte de la relación médico paciente, si yo no entiendo el dolor por el que está pasando el otro, cómo puedo intervenir? Mis emociones las gestiono en mi espacio terapéutico, la tristeza del paciente se gestiona de otra forma, no puedo evitar la tristeza, intento, cuando me hablan del dolor, intento, a través de la palabra, ubicar ponerme en situación, en su vida diaria, para ver que recursos tiene el paciente, recursos positivos para tomarlos, y a que a la vez me alivien también a mí la tristeza. A veces pasa que el paciente no tiene nada, ningún recurso, bueno, pensemos juntos una estrategia para poder avanzar, y no dejar vencernos por el dolor.

 13:4 ¶ 3 Maribel

Eso me pasa a mí, en mi experiencia, hace 10 años no podría haber dicho esto ... Cuando rechaza el tratamiento, preguntarle por qué , siempre hay que ir por el paciente , hay veces que se cansa, en lo personal me pasó, una paciente tenía la bisabuela muy grande, estaba demenciada internada en paliativos, al tercer día de una de las ultimas internaciones, la mira y le dice Y a estoy cansada vieja, el paciente se cansa, hay que saber respetar y saber comprender, la empatía es eso, comprender lo que le pasa al otro y también acompañar a la familia a que comprenda eso, a veces, el paciente dice basta pero la familia no escucha o impone su voluntad, no acepta ese basta, entender que del otro lado hay una persona; si pide morir, la situación ideal sería no tener que responderle, mi postura choca, en esto de respetar lo que quiere el paciente yo tengo que , bueno, medir las consecuencias, ver la realidad de la situación, a mí me pasa que yo necesito dar hasta lo último para que ese paciente llegue al final de su vida, colaborar con eso es respetar su deseo y yo tengo que dejar lo que a mí me suceda aparte, pero no significa avanzar en la eutanasia, no sé si fui clara...el acto médico debe ir separado de la cuestión subjetiva de decidir morir, no somos quienes ayudamos a eso, a morir.

 13:5 ¶ 3 Maribel

Si me pide que le dé algo que me mate, una inyección, algo, cortarle el soporte, con respecto a la sedación, no es lo mismo que eutanasia, organizar el acto, no sé, la pregunta es qué hay que hacer...la vida del paciente a veces explica por qué no quiere seguir, colaborar para respetar su voluntad no puede dejar de lado mi creencia. A la eutanasia no habría que ir, me encuentro con la realidad, en el camino de la empatía, me puedo encontrar con esa dificultad para decidir plenamente, podría estar teñido. Ahora es tan habitual, que cada vez cuesta menos hablar de eso, ya hemos crecido al respecto, aprendimos a respetar que a lo mejor no tiene más ganas. Separar como el profesional medico no debe teñir con su subjetividad, la decisión. Como acompañar en el final de vida es igual a todo momento. No es posible mirarlo desde la vida propia, la limitación en la argentina para avanzar es la ley.

 15:3 ¶ 3 Nicolás

Enfrentar eso... ahora reformulo mi respuesta primera, yo creo que tener una visión más amplia del paciente , preguntarme por las condiciones materiales de existencia en un paciente, al indicar una terapéutica, revisar que posibilidades concretas tiene el paciente y la familia de poder llevarla a cabo, y a veces eso es ponerse en su lugar, poder tener en cuenta su punto de vista, La percepción del dolor ajeno es parte de la relación médico paciente, somos testigos del sufrimiento, en el área de interconsulta hay cosas que los médicos no pueden escuchar, algo se escapa del alcance de la técnica, y toca el dolor o la tristeza, a mí me ha pasado, muchas veces me embarga la tristeza y es claramente observable que debo estar atento para no arruinar el trabajo con el paciente , hay que hacer una apuesta de poder visibilizar que el paciente es mucho más que un órgano y poder ver un poco más allá, de las cuestiones físicas, biológicas. Como gestionar la tristeza? Un montón de maneras, a través de la propia angustia, muchas veces el ensañamiento terapéutico con la idea de

curar o salvar la vida a toda costa, salvar al paciente, no ver que no se puede...a cualquier precio no. La posición del médico suele medir o percibir el sufrimiento psíquico, pero tantas veces sabemos que no tenemos las herramientas, si hay un equipo de salud mental es mejor acudir por ayuda. La respuesta al pedido de eutanasia es no.

 16:1 ¶ 2 Oscar

Empatía es por ejemplo lo que hicimos con un paciente que estaba sin silla de ruedas y no podía salir del cuarto. Nosotros nos dijimos bueno, vamos a buscarlo y lo fuimos a buscar para que viniera a festejar con nosotros el encuentro de navidad. Eso fue muy emotivo. Al año siguiente pudo venir sin la silla, caminando con la ayuda de un bastón y estuvo muy feliz de compartir la reunión con nosotros. ¿Sirve como definición? Es fundamental para trabajar cada día.

 16:3 ¶ 4 Oscar

Entonces al afrontamiento del diagnóstico, el pronóstico y la finitud no la vemos solo desde la salud mental, los vemos todos. Se detectan a veces situaciones en donde más allá del acompañamiento y del equipo, hay más cosas que los pacientes necesitaban. Me acuerdo de dos pacientes –una de ellas ya no está– a las cuales les dijimos que íbamos a atender a un consultorio y llegamos y nos quedamos ahí, al lado de la cama, para que no fuera más incómodo aún, se generó una química muy especial, porque le estábamos brindando mucho afecto. Hoy, rememorando esas imágenes, aunque ella ya no esté, el dolor está presente, pero también la satisfacción de habernos divertido y reírnos mucho. Todos son encuentros verdaderamente humanos. Pero nos pasa que los otros integrantes de la familia también terminan conociéndonos, y después de un tiempo te los encontras por los pasillos y te dicen ustedes atendieron a mi padre o nos acompañaron con tal situación. Terminamos todos hermanados.

 17:1 ¶ 2 Patricia

Me enfrento día a día con el sufrimiento del paciente. No podría hacerlo si no fuera empática, es ponerse en sus zapatos. Mi intención en la práctica de todos los días es poder dar visibilidad a los cuidados en el final de vida. No todo el mundo sabe que son, por ejemplo, los cuidados paliativos. Hay muchas cosas que hacer con los pacientes para aliviarlos, estamos capacitados para que la tarea se realice bien, con todo el esmero, con toda profesionalidad, es cierto que hay muchos obstáculos, pero creo que nuestra vocación nos hace avanzar. Otro de los objetivos para atender con empatía es que nos encargamos del sufrimiento. Busco los modos de abordar la enfermedad avanzada, que comienza desde el primer momento y cuando se complica comenzamos en el equipo interdisciplinario, todos deberían saber cómo tratar a nuestros pacientes, no solo nosotros. Coordinar con los demás, estar atendido en todos los aspectos. Atendemos pacientes que sufren enfermedades oncológicas, insuficiencia cardiaca, respiratoria, renal, demencias, etc.

 17:7 ¶ 7 Patricia

Tenemos pegado en el servicio un cartel del sufrimiento, miren eso cada día les decimos a los residentes, y recuerden que no pueden dejar a otros la atención del paciente que sufre, son ustedes mismos, aunque llamen al psicólogo, son ustedes porque el paciente los ve a ustedes, así que nos miran medio escépticos al inicio, hasta que se empapan de la realidad de nuestra sala y se enganchan al ritmo. Los ves que se emocionan, que a ellos también les duele... cópiate la frase, la trajo Pedro... Sufrir es un estado específico de distress que ocurre cuando se percibe una destrucción eminente del individuo y continua hasta que la amenaza de desintegración ha pasado o hasta que la integridad de la persona pueda ser restablecida de otra manera.

 18:14 ¶ 2 Pedro

Empatía en general, es un aspecto subjetivo que uno, como una relación que uno hace con la otra persona, en cuanto a la proyección de algo positivo o negativo hacia esa persona, es como un sentimiento, al yo valorarlo como un sentimiento es algo subjetivo de relación, que no es de las habituales, puede ser de confraternidad o no hacia una persona determinada.

 18:16 ¶ 4 Pedro

. - Si. Porque en algunos aspectos .Para poder ponerse en el lugar de los pacientes, tiene que haber pasado por esas experiencias , nunca he estado en una situación crítica que me haga pasar por eso, por ejemplo , cuando he pasado por algunas cirugías, el hecho de estar desnudo y que todo el equipo médico se esté riendo, haciendo chistes y uno está ahí totalmente desnudo , eso ha generado que yo cuando estoy en la misma situación pero del otro lado, los tapo Alos pacientes, cuido el tema del pudor y esas cuestiones.

 18:19 ¶ 7 Pedro

.- permitir que la familia entre más tiempo porque necesita de eso o que escuche música o bajarlo o que haga una llamada y al familia me dice no , que me traigan la dentadura y tomarme el trabajo de llamar para que se lo traigan...esas cuestiones de empatía , cuando se genera la empatía, porque a veces hemos tenido situaciones que hay pacientes manipuladores que han hecho lo que han querido , tengo un paciente que le habíamos prohibido tener el celular y puntualmente se le dijo, que no tenga el celular , yo lo encontré con el celular, se lo hice retirar con la mujer y a pesar de eso lo volvió a tener, ahí se generó una situación de rechazo hacia ese paciente , en la cual lo único que yo quería era que se resuelva su problema biológico y sacarlo de acá porque ese me negro un rechazo porque el paciente no tenía empatía.

 18:20 ¶ 8 Pedro

.- gestos : no tanto... se producen, a veces el paciente te , uno puede ver el estado de ánimo del paciente que te llama y te quiere contar , en otro hospital , volviendo de vacaciones, un paciente que esta como hace 7 meses, me llamo para saludarme , uno tiene un rechazo con un paciente crónico, y te pregunta cómo te fue no tus vacaciones, no te vi , te fuiste tres semanas, ahí hemos hecho un

vínculo, por lo menos del paciente hacia mí, de empatía, por lo menos me llama y se dio cuenta que no estaba y me pregunta a como me fue.

 18:22 ¶ 11 Pedro

. - Las emociones con el paciente no aparecen , aparecen con las familias. Las familias que tiene angustia por su familiar enfermo, uno percibe esa angustia en el familiar y eso a mí si me afecta, una vez se puse a llorar, cuando se murió una paciente joven, claro la madre no podía entender por qué se había muerto en tres días la paciente y eso a mí me angustió, porque bueno mis hijos están en la misma edad y me genera angustia, pero me genera angustia ver el sufrimiento de la familia, no del paciente en sí.

 18:23 ¶ 12 Pedro

. - si veo a mi paciente triste , mal . A veces uno se acerca a hablar y atra de sedes experiencia como manejaría ese tipo de situación por el cual está pasando el paciente. pero desde el pto de vista mío, por ahí puede servirle o no al paciente.

 19:11 ¶ 2 Raúl

...Empatía... no se decir con exactitud. Estar parado frente a una situación, como actuar, estar convencido, tener simpatía por el otro. empatía y decisión al trabajar, conforme con una situación. Es relevante para la práctica, no sé qué sería para el otro, no uso con frecuencia el término. Sentir como lo sentiría el otro. Saber cómo sentiría ante una situación determinada. La práctica médica es diferente según el paciente, es amplio pensar en qué situación está un clínico, un terapeuta, un pediatra. Trabajo en privado, y suelo ponerme en el lugar del paciente, por ejemplo cuando se trata de un chico muy joven en donde el revuelo es siempre muy muy grande, con la familia, distinto que cuando es un viejito por ej. uno asiste a todos los pacientes igual pero no es lo mismo asistir a un paciente de 20 años que a uno de 90. Estas distinto frente a la muerte Eso te para distinto. La diferencia es la perspectiva de la calidad de vida que lo espera a la salida d de la situación crítica, o en la fase terminal de la enfermedad. Te pones en el lugar del que la expectativa de vida es más favorable. No podemos implicarnos. Porque después que te vas del hospital tu vida debe continuar, no podrías vivir tu vida si te implicas. Si buscas un vínculo, la relación con el paciente es muy limitada. Lo vas a ver poco, casi no habla, lo ves pocas veces aun si haces guardia, en su vida solo será el poco tiempo que tenemos para verlo y atenderlo. ¿Que nos pasa?

 20:5 ¶ 4 Rubén

Hacemos casi el 90% de la atención en el hospital, en quienes necesitan estar internados por algún motivo. No tenemos mucha dificultad, salvo algunos casos en el desplazamiento y, cuando no hay movilidad hospitalaria, yo iría en mi propio auto, pero no es posible, el altruismo tiene ese límite, no dejamos el lugar de trabajo, porque estaríamos desatendiendo a los demás pacientes, cuando te vinculas así tan personal con el paciente, te puede pasar que te olvides que hay otros también esperando ser atendidos, que es a todos. Para estas personas compartir con nosotros su situación la

historia de su familia, de su enfermedad, de sus hijos, su trabajo es muy enriquecedor y para nosotros es muy gratificante ver lo que significa para ellos que uno pueda escuchar atento y tener en cuenta los detalles para cuando toca tomar decisiones. Cuando un paciente muere y después de un tiempito la familia vuelve a hablarnos, a agradecer a veces, a contar como quedaron las cosas, el duelo es compartido, son momentos de mucha emotividad y comprensión de lo que significó para esa familia que el paciente transitara sus últimos días en el hospital y que nosotros lo hayamos ayudado a sentirse acompañado en esos últimos momentos, o que hayamos buscado la mejor manera de confort, o de bienestar, para morir. Triste. Es muy triste. Pero salimos...si sos empático, te sucede así, porque te involucraste. Yo creo que es mejor, lo prefiero a que sea una máquina de atender gente y no sepas quienes son.



21:8 ¶ 7 Salvador

Rmp: la percepción del dolor ajeno es fundamental, si uno no ve que el otro, si uno percibe el dolor del otro, no lo puede tratar

Enfermedad terminal



3:32 ¶ 8 ALE

Ej.: El fin de semana pasado, el viernes, nosotros tenemos dentro del área de paliativos tenemos pacientes oncológicos o no oncológicos, trato de hacer foco yo en los no oncológicos, en los neurodegenerativos, porque mi especialidad madre es Geriátrica, no soy oncólogo, trato de focalizarme mucho en la adecuación terapéutica, sonda nasogástrica para demencias avanzadas, trato de adecuar tratamientos. Una paciente de salta, cáncer de útero 41 años, ya la enfermedad no respondió más, la enfermedad gana. Decidimos comenzar a transitar el fin de vida, esto es últimas etapas, últimos días de vida, ella me decía que una de las cosas que más quería era, tiene una pelvis congelada, es decir, todos los órganos de la pelvis están atrapados por el tumor entonces, el intestino no funciona bien y no podía comer nada, y quería cerveza y pizza. Que es lo que hicimos, le llevamos la cerveza y la pizza, se sacó la foto, nos mandó la cerveza y la pizza, después, vomitó, no te quiero decir que le hicimos mal, necesitamos meternos en el lugar del otro, salir de los esquemas habituales, rompimos un protocolo y le dimos calidad de vida, eso sí, ella nos abrió eso, porque hasta ese momento, ella no contaba tampoco nada. Una pavada como anécdota, pero sirvió para dar calidad de vida a todos, a nosotros como equipo profesional, a la paciente porque lo quería hacer y a la familia porque la vio feliz.

Enfoque integral del paciente



18:18 ¶ 6 Pedro

. - ventajas? Ummmmhhhh, la ventaja seria si uno analiza el paciente en otro contexto que no es solo el orgánico , me parece que es favorable si uno analiza el paciente en otro contexto, como un ser bio psíquico y social, si uno solo analiza lo biológico no me parece que sea favorable porque este puede hacer tomar malas decisiones, cuando el paciente ya lo consideras como un ser social y te

preocupas por él y te ocupas de que tenga música y traerle algo que el necesita o dejar que la familia este más tiempo con él, ahí si me parece favorable.

Estrategias de afrontamiento positivas

 3:36 ¶ 12 ALE

Pilar fundamental para mí en eso mi familia, y amigos. No voy al psicólogo, no hago terapia , si yo no tuviera la familia que tengo, no podría llevar esto adelante y si no tengo a los amigos tampoco, porque de ue manera, con la familia llego a casa y todas las cosas que tenemos, salidas, mira, los otros días contamos con mi mujer fueron cuatro fines de semana seguidos de fiestas, cuatro fines de semana, ya no damos más , todavía estamos afónicos pero a los que voy es necesito, necesito , bueno ayer fui a ver a Boca, otro de mis alicientes, necesito que todo eso que lleva un dolor propio y un procesamiento, lo descargo por otro lado.

Estrés/emociones negativas relacionadas con el trabajo

 3:37 ¶ 13 ALE

Ese es un punto conflictivo que la psicóloga que esta con notros en el hospital de alguna mera me reto, y me dice, Ale, no tenés que darle la solución a todos los pacientes, puede ser que con alguien no se la puedas dar , no tenés que ser el que siempre para resolver los problemas, había una paciente, cáncer gástrico, terminal ,doblada en la silla, doblada en la silla de ruedas, pero esta así doblada hace dos meses, no era de la obra social, es la conocida de un amigo, la hice traer, deje de atender un paciente que ya estaba programado , la hice bajar a guardia médica para qué? No lo iba a resolver, el problema de esa chica es que tiene que empezar con a la quimio rápidamente, y su obra social le tiene que proveer todo, entonces, hay veces que no lo logro manejar, cuando el paciente, no se le calma el dolor, es algo que hasta no conseguir por lo menos que este mas calmo, no paro y eso es sumamente desgastante.

Ética

 18:28 ¶ 17 Pedro

Eutanasia, si, nos han pedido, siempre hemos dicho que no, Un amigo, que sabía que se Moria nos pidió que no le agregáramos nada, que lo ayudáramos con la sedación para poder morir. Es difícil. Hablar es difícil comentar lo que uno piensa al respecto, entiendo que puede querer morir, creo que yo haría lo mismo.

Ética médica

 2:1 ¶ 2 Alberto

La medicina entra en la posmodernidad, se crearon dos especialidades impensadas: paliativos y medicina Gral. Medicina Gral. es un concepto que plantea ocuparse de lo esencial, lo básico, es decir

de lo que dejó la medicina de ocuparse, paliativos, se ocupa de la necesidad de acompañar a los pacientes a la muerte, es decir se dejó la medicina de ocuparse. No le agreguemos más teoría, sino práctica. Tenemos la obligación de leer a Kant, pero no hace falta nombrar a Kant para hablar de esto. Lo que no debemos hacer es seguir generalizando particularidades. Se toma una particularidad de una sociedad y después se la generaliza, no nos damos cuenta de que es en ese lugar en esa comunidad, nosotros podemos tener otra realidad, no puedo universalizar las respuestas. El colonizarse mentalmente, pensar con la mente del otro mi realidad, cuando mi realidad puede pensar se distinto. Mirar mi realidad con mi propia mente. No sirve leer los papers, África, Francia, Universalizar los problemas sin visión crítica. No sirve. ¿Esto me brinda elementos valiosos para mi paciente? ¿O lo fuerza? Soportar el que dijeran que hacemos cirugía en menos. Menos que lo que el paciente necesitaba, sin embargo, cuando se te ocurre alguna modificación, alguna decisión, lo universalizable rige y envía el mandato de cambiar, no es mi decisión sino al del consenso, el paciente tampoco. ¿Cuántas ecografías son necesarias para que un embarazo evolucione normalmente?

 3:41 ¶ 17 ALE

. - (acerca del rechazo del paciente al tratamiento) Uf! Y hasta trajo implicancias legales, yo presente en un congreso , una charla , que se llama errores terapéuticos que son los errores que tenemos cuando hacemos cuidados paliativos, obviamente son para que deje el concepto de enseñanza, tuve un paciente que estaba dializando y el paciente , entra en shock , le dicen a la flia la única solución es dializarlo, bueno dice la flia, dialícenlo, cuando él se despierta se despabila y se entera que queda en diálisis de por vida , dice quien decidió por mí? Yo no quería, entonces me dice a mí, no quiero más diálisis. Habla con la nefróloga le digo, no lo dialicen más, se va a ir durmiendo despacito que no entre en edema agudo de pulmón, listo y al quinto día falleció en su casa me en paz, sin síntomas. La hija hizo una nota de queja diciendo que yo había favorecido la eutanasia, después hice mi descargo, eso que se hizo está avalado por la ley, por la moral, la parte ética, se respetó el derecho a la autonomía y no es que estaba conectado a un respirador y yo fui y apagué el respirador; el señor decidió no avanzar con el martirio que significa la diálisis con una enfermedad de base oncológica. Suelo respetar a rajatabla la decisión del paciente cuando no acepta los tratamientos.

 4:3 ¶ 2 Antonio

Extrapolar ideas personales, sino revisar lo que debemos hacer y lo que la ley nos permite hacer. Acompañar al enfermo terminal no es retrasarlo con estudios invasivos, con sondas nasogástricas, con respiradores, ni tampoco acelerarle su final, simplemente acompañarlo.

 6:3 ¶ 3 Cristian

Aparte es ilegal, con eso ya hay un porcentaje de acción completado, pero lo ms importante es no dejar pasar el momento, porque el paciente lo pensó, eso es lo más importante, está bien, no hay eutanasia, no ayudamos a morir, pero hay opciones a considerar con los familiares a veces, que rozan el tema, nos preguntan porque no quieren que sufran por demás, o no quieren que le hagamos nada más invasivo, que se vaya en paz y en el momento justo, sin forzar nada, sería, hablamos de

muerte, son decisiones muy fuertes y nos llaman siempre a eso, se espera de nosotros una respuesta que no podemos negar, nos piden consejo, pero lo fuerte es saber que muchos nos escuchan y harían lo que ordenemos, solo porque somos el médico, cuidado ahí. La cuestión, es cómo aportar para que el paciente no pase del pensamiento de morir al pedido de eutanasia. Fácil: desde cada uno que inicia en el tratamiento, es nuestra presencia. Estar presentes. Al lado del paciente, verlo y tocarlo. Que vea que no está desamparado que alguien está pendiente de él, al familiar, igual, acompañar hasta el final, no buscar una situación ajena al entorno del enfermo. Compartir los cuidados con el entorno. Estar disponible para el paciente. No caer en un pacto de silencio: cuando no sabe lo que está pasando, el paciente no puede proyectar el final, lo deja fuera, si el paciente no sabe que le pasa, no es parte del proceso y hace todo muy traumático. ¿En serio seguimos pensando en el papel de la empatía?



9:8 ¶ 7 Fernando

Levante la guardia cuando pienso en Dios, levantar el corazón, nunca había decaído así, te sirve no negar, pero es mejor si te interesa hacer un servicio, si te informas cómo hacer para mejorar, si podés ofrecer algo distinto. A veces les digo de rezar el rosario y se les pasa. Son herramientas útiles...poderosas. Eso me hace bien a mí también, es una experiencia de vida, puede aplicar para consolar a mi paciente. Cuando podar iba con el celular y hacíamos todo por la camarita, la unción con el cura guiando, los familiares, las conversaciones, en el tiempo de los aislados sirvió de mucho, las rtas eran positivas, las familias a veces no entienden y ahí hay que acordar, te preguntan, que me dice, a pesar del momento limite, a veces eso hace de empujón. Rechazar un tratamiento, más bien piden no maniobras invasivas, no avanzar, no le prolonguemos la agonía. Si tiene cáncer avanzado no hay que avanzar, hay que dejarlo, pasar a paliativos. Frente a enfermedades respiratorias, a veces hay que informar que no conviene avanzar. Distinto a decir eutanasia. Una vez que lo pusiste no se lo retira, solo ante la muerte cerebral, después de. La gente pide eutanasia porque no sabe que no se puede hacer. Nosotros no hacemos eso. Aclaremos y listo, explicamos que hay que esperar, que eso no se hace, hubo pacientes que surgió la duda en la familia. Lo aclaramos, no tenemos diferencias, coincidimos en que no. algún inescrupuloso que lo haga, yo no lo he visto aquí. Sería salir de las normas.



11:5 ¶ 3 Juan Pablo

Miedo a que se me muera, más allá del egoísmo, no ser egoísta es muy difícil, de la eutanasia, muerte digna, está todo muy finito, que es la autonomía del paciente, que es la muerte digna, hay un montón de cosas que recién comienzan a manifestarse, la argentina no está preparada para esas cosas, posturas de los equipo médicos, si te obligan a hacer algo como profesional si no estás de acuerdo, si una ley te obliga, es muy personal, no pueden obligarte a hacer lo que no quieres, en contra de, la respuesta podría ser distinta, habría que contextualizarla... hablar de eso, acompañar, la sedación te lleva a la muerte, no estoy a favor de la eutanasia, eso es un suicidio asistido, no me uses para eso. Los procedimientos deben evaluarse. La eutanasia no es un tratamiento.



13:5 ¶ 3 Maribel

Si me pide que le dé algo que me mate, una inyección, algo, cortarle el soporte, con respecto a la sedación, no es lo mismo que eutanasia, organizar el acto, no sé, la pregunta es qué hay que hacer...la vida del paciente a veces explica por qué no quiere seguir, colaborar para respetar su voluntad no puede dejar de lado mi creencia. A la eutanasia no habría que ir, me encuentro con la realidad, en el camino de la empatía, me puedo encontrar con esa dificultad para decidir plenamente, podría estar teñido. Ahora es tan habitual, que cada vez cuesta menos hablar de eso, ya hemos crecido al respecto, aprendimos a respetar que a lo mejor no tiene más ganas. Separar como el profesional medico no debe teñir con su subjetividad, la decisión. Como acompañar en el final de vida es igual a todo momento. No es posible mirarlo desde la vida propia, la limitación en la argentina para avanzar es la ley.



14:1 ¶ 2 Mario

Situación de trasplante, los lugares tienen una idiosincrasia, no es lo mismo atender en la pcia que en caba, me quiero llevar esa impresión de cada lugar donde estoy. A veces vemos gente que se tiene que trasladar porque no le resulta fácil, y es por la calidad de la atención, cuando planteamos temas como el fin de vida, no es para todos lo mismo, a veces se hace una propaganda de la situación que me parece que tenemos que hilar mucho más profundo, lo que se implementa como ley o como moda, en medicina lo que hoy va a misa, mañana está en cuestionamiento, nuestro trabajo es cuestionar todo el tiempo nuestras acciones. Y si podemos tomar estas decisiones junto al paciente.



19:14 ¶ 4 Raúl

Algún caso aislado, que la flia solicita que no lo pasen a terapia. La rta es nosotros no le sacamos el respirador a nadie. Lo que hacemos es medir si el tratamiento es el adecuado, si no se excede. ¿CÓmodo con el tema? Sin problemas. No nos afecta. No me dice nada. Ni cómodo ni incomodo, no me dice nada. No me afecta que me lo pidan. Especialidad: probé y me gustó. En el examen de la residencia. No estaba muy convencido. No sabía que iba a ser terapeuta. Surgido al terminar la facultad y me preguntaba para que especialidad eligiese. La decisión no se decir. No soy pediatra porque no puedo escuchar a chicos llorar. Trabajar en final de vida es crítico, pero llevar bolsas en el puerto también es crítico y duro. Yo no soy el dueño de la vida de los pacientes, dando informes... yo me voy a casa y lo único que tengo que hacer, me voy tranquilo, a veces me preocupo de que no evoluciona, que no se el diagnostico, pero si no les mentí, si les dije la verdad, si hice todo lo que se podía. Todos decidimos hacer una medida, y se hizo, este es mi laburo, Lo hice que me pareció que tenía que brindar al paciente. Yo no tengo la culpa. Es difícil, pero es mi función. Uno está más en contacto con la muerte que el resto. Nadie le da bola al médico. Acá en todo el invierno no hay agua caliente, hay mucha decadencia en el hospital público el tarto al médico. Mirar al médico no estaría mal. Estamos solos. Nadie se interesa por nosotros. La relación MP. es muy limitada.

Ética profesional



3:38 ¶ 14 ALE

.- lo primero que trato de hacer, en base a si al paciente lo conozco desde antes, es recabar toda la información para saber lo que al paciente le hubiera gustado, no me importa lo que piensen, colegas o familiares, lo único que me preocupa, es que le hubiera gustado al paciente, ejemplo: hay pacientes que les gusta seguir adelante, que quieren todo lo necesario para seguir con vida, otros no quieren saber más nada, otros no quieren tener dolor, trato de recabar eso, como yo hago neurodegenerativos, como ya son pacientes con diferentes tipos de afasia o trastornos de la expresión, la visita con el paciente son 10 minutos y la charla con el familiar son 60 minutos , ahí tarde e recabar y recabar un montón de información, pero siempre trato de centrar todas las prácticas médicas, las tendencias terapéuticas, todo lo que yo pueda hacer en el paciente, en base a los que yo asumo o lo que me dijeron que el paciente hubiera querido.



5:7 ¶ 7 Carolina

empatía y eutanasia, toma de decisión: ponerme en el lugar del otro para poder comprender por qué toma esa decisión y desde ahí, bueno no juzgar por que lo hace, porque lo pide. La empatía ayudaría a acompañar la decisión, pero no la teñiría, no alcanza a empatizar para cambiar la postura al respecto, buscaría ayuda en otro profesional, le recomendaría seguir hablando de eso, le diría que comprendo, pero le daría mis razones, le pediría que me escuche.



19:12 ¶ 2 Raúl

Si trasladas la parte afectiva al paciente, no podrás hacer esta especialidad roque el porcentaje de fallecimientos es alto, y los pacientes son todos graves. No hay nadie por salvarse. hay que dejar de lado la parte afectiva. Hay veces que no se puede, que te llega más. ¿Un ejempló? No recuerdo, trato de irme y olvidarme. No tengo un recurso particular tengo claro que este es mi trabajo. Y lo único que tenés que hacer, porque no somos el dueño de su vida ni de su muerte, irte tranquilo que hiciste todo lo que el paciente necesitaba y todo lo mejor que podías, todo lo que sabías, todo lo que se merece, vos le brindas a todos lo mismo, según la particularidad también...Entorno de la familia, la intensidad del dolor que reviste se puede dimensionar, gestionar? Las rtas son distintas en una misma familia, podes darte cuenta cuanto afligida esta y cuantas rtas distintas: un hijo que la tiene re clara, que no sufre y otro que te pide que se vaya con vida. No todos responden igual. El paciente en terapia por ejemplo no te lo expresa, trabajan más con al flia.



o Eutanasia



3:42 ¶ 18 ALE

Pedido de eutanasia: Muchas veces y la he rechazado en forma explícita. muchísimas. Siempre la rta es no. Arranca desde lo moral y desde lo ético y desde lo legal, nosotros en nuestro país, se llama suicidio asistido, salvo que vos tengas una enfermedad incurable que se haga una exposición judicial que se ordene a través de la justicia, pero hay otros conceptos hoy, yo puedo brindarte una buena calidad de muerte, sin adelantarte el fallecimiento ni posponerte una agonía. Para eso están los cuidados paliativos. Hasta me han ofrecido plata y me quede tentado pero no. Un hijo

para su mama termine charlando en un bar con el hijo, me preguntaba por qué quiere hacer esto? Es tipo era arquitecto de punta del este, a la historia de vida daba para que contrate un sicario, por la relación madre hijo, lo único que tenía, era hacer, aplicar cuidados paliativos y su angustia la tenía que esperar, la tenía que tratar, Dios dispuso, se fue tranquilita y en paz.

 4:2 ¶ 2 Antonio

Los CP inicialmente se aplicaban en oncología, yo en el hospital trato de aplicarlo cada vez más a la geriatría, argentina es el segundo país de Sudamérica más envejecido, no tenemos infraestructura, estructura económica, políticas de intervención para la población envejecida que tenemos, por eso es fundamental aplicar los CP en todos los procesos neurodegenerativos, procesos patológicos o fisiológico también, las demencias superan estadísticamente al cáncer. ¿Cada vez se vive más, pero cada vez se vive mejor? Quiero mencionar dos aspectos fundamentales de los CP, es muy enriquecedor en lo espiritual, en lo moral y en lo ético, y en lo legal. CP trabaja de la mano del derecho ley 26742, art 11, ley del Derecho del paciente, HC y CI, las directivas anticipadas en el art 11, hay cuatro principios bioéticos, autonomía es respetar la decisión del paciente por sobre todas las cosas siempre y cuando no impliquen prácticas eutanásicas, por eso, hay que trabajar muchísimo con las directivas anticipadas, respetar la decisión del enfermo y en base a eso programar sus últimos días de vida; el otro tema la eutanasia, da para días de debate. ¿Alguien desea morir mal? No, desde el pto de vista etimológico, estamos muy bien, ahora está la ley mal llamada, ley de muerte digna, donde el espíritu es acompañar sin adelantar ni retrasar. Acompañar, hay que recordar que cuando uno jura el JH, si lo leemos, dice a nadie daré una droga para terminar con su vida o consejos para tal fin.

 7:6 ¶ 5 Eduardo

Me interesa que el paciente vea que estoy ahí, a pesar de todo. Que sienta que la lucho con él. Es una situación en donde la disponibilidad debe garantizarse. Mi familia me ayuda, mis amigos, te diría que el trabajo del equipo fuera de la sala también, porque compartimos un tercer tiempo, decimos siempre y nos fortalece saber que no estamos solos, aunque debo ser pesimista, muchas veces creo que sí, que estamos solos en este hospital... es tan importante descansar un poco... la silla de ruedas le hace daño... hay que conseguir otra y yo recuerdo a los que juntan tapitas para el Garrahan, y la verdad no les creo nada, no creo que eso alcance para mucho... yo he respondido que voy a brindar todo lo necesario para que no quieran morirse, a veces cambian. Yo creo que la eutanasia la piden por cansancio, y yo les respondo que yo no me voy a cansar... y sin embargo te aseguro que no doy más, pero bueno avanzo, yo soy el que está bien, sano, se supone, se espera de mí... Si optimizamos la atención, podrían no solicitar la eutanasia...no pueden percibir que nos cansamos de ellos, porque aparte no es así, pero es muy fácil que esa sea la creencia que sostienen si nuestra respuesta no se vuelve comprensiva y empática. No me han pedido la eutanasia, pero no la doy. Es ilegal diría. Por suerte no me ha pasado, sería difícil enfrentarlo, decirle que no, pero lo haría. La respuesta es no. Lo que sí me paso que un paciente en un mismo día quiso morirse o seguir viviendo varias veces.

 11:4 ¶ 3 Juan Pablo

Se me han caído lágrimas, he puteado de la impotencia, he echado gente de mi lado que pretendió consolarme, vos viniste a buscar otra cosa que yo no te la puedo dar, he dicho, hasta acá sí, hasta acá no, Después te vas fortaleciendo y pareces frontalizado en las decisiones para que la emoción no te gane, no se cobrar, por eso soy pobre, reprimo mucho las emociones, si me preguntan cuanto tiempo me queda , no hay que mentir, no sabemos cuánto queda, no lo sabemos, otra respuesta suele ser, todos nos vamos a morir, te preguntan por qué a mí, y yo pienso porque no? Los médicos cubrimos al psicólogo, porque llegamos antes... un psicólogo filtraría si la relación va a ser permeable, si el paciente va a querer aceptar o no los tratamientos. Me han pedido la eutanasia, si, muchas veces, mi postura no la dire. Nunca dije sí. En pacientes terminales, en pacientes sanos o depresivos, no te voy a decir que opino. No es un problema hablar de eutanasia en el equipo médico, me pasa que la muerte no me da miedo, no me preocupa, pero si la transición, como llegas, en qué condiciones llega el paciente.



11:5 ¶ 3 Juan Pablo

Miedo a que se me muera, más allá del egoísmo, no ser egoísta es muy difícil, de la eutanasia, muerte digna, está todo muy finito, que es la autonomía del paciente, que es la muerte digna, hay un montón de cosas que recién comienzan a manifestarse, la argentina no está preparada para esas cosas, posturas de los equipo médicos, si te obligan a hacer algo como profesional si no estás de acuerdo, si una ley te obliga, es muy personal, no pueden obligarte a hacer lo que no quieres, en contra de, la respuesta podría ser distinta, habría que contextualizarla... hablar de eso, acompañar, la sedación te lleva a la muerte, no estoy a favor de la eutanasia, eso es un suicidio asistido, no me uses para eso. Los procedimientos deben evaluarse. La eutanasia no es un tratamiento.



13:5 ¶ 3 Maribel

Si me pide que le dé algo que me mate, una inyección, algo, cortarle el soporte, con respecto a la sedación, no es lo mismo que eutanasia, organizar el acto, no sé, la pregunta es qué hay que hacer...la vida del paciente a veces explica por qué no quiere seguir, colaborar para respetar su voluntad no puede dejar de lado mi creencia. A la eutanasia no habría que ir, me encuentro con la realidad, en el camino de la empatía, me puedo encontrar con esa dificultad para decidir plenamente, podría estar teñido. Ahora es tan habitual, que cada vez cuesta menos hablar de eso, ya hemos crecido al respecto, aprendimos a respetar que a lo mejor no tiene más ganas. Separar como el profesional medico no debe teñir con su subjetividad, la decisión. Como acompañar en el final de vida es igual a todo momento. No es posible mirarlo desde la vida propia, la limitación en la argentina para avanzar es la ley.



15:3 ¶ 3 Nicolás

Enfrentar eso... ahora reformulo mi respuesta primera, yo creo que tener una visión más amplia del paciente , preguntarme por las condiciones materiales de existencia en un paciente, al indicar una terapéutica, revisar que posibilidades concretas tiene el paciente y la familia de poder llevarla a cabo, y a veces eso es ponerse en su lugar, poder tener en cuenta su punto de vista, La

percepción del dolor ajeno es parte de la relación médico paciente, somos testigos del sufrimiento, en el área de interconsulta hay cosas que los médicos no pueden escuchar, algo se escapa del alcance de la técnica, y toca el dolor o la tristeza, a mí me ha pasado, muchas veces me embarga la tristeza y es claramente observable que debo estar atento para no arruinar el trabajo con el paciente, hay que hacer una apuesta de poder visibilizar que el paciente es mucho más que un órgano y poder ver un poco más allá, de las cuestiones físicas, biológicas. Como gestionar la tristeza? Un montón de maneras, a través de la propia angustia, muchas veces el ensañamiento terapéutico con la idea de curar o salvar la vida a toda costa, salvar al paciente, no ver que no se puede...a cualquier precio no. La posición del médico suele medir o percibir el sufrimiento psíquico, pero tantas veces sabemos que no tenemos las herramientas, si hay un equipo de salud mental es mejor acudir por ayuda. La respuesta al pedido de eutanasia es no.



16:2 ¶ 4 Oscar

Creo que el deseo de morir no es lo mismo que pedir eutanasia. El deseo de morir es un proceso: empieza en el pensamiento, uno ve que está muy mal y la evolución de la enfermedad piensa, si esto se acabar yo dejo de sufrir, ese pensamiento se va volviendo deseo, va ideando, mostrando intenciones hasta que actúa, esa acción es la eutanasia. Hay una pérdida del sentido del sufrimiento (físicos o psíquicos) Ese dolor desarma su vida y no tiene sentido vivir. La idea es como intervenimos en ese proceso. un abuelo venia con su hija y con su mujer. Explicó que le pasaba, ajustamos el tratamiento, no estaba mal, no estaba descontrolado, al terminar pregunta: puedo pedir la eutanasia? No quería molestar más, no quería ser la carga para su familia. Podemos hablar libremente de la muerte. El paciente suele no saber, sus familiares te piden no le digan, y entonces no le informan bien, si al paciente lo exploras, y te dice que le preocupa la muerte, le da miedo la muerte, y ahí estaría la clave, abordar el tema, poder hablar de eso, es la muerte o el sufrimiento de la muerte? Si va a estar solo, que pueda saber quién lo va a atender, quien va a estar ahí. Una de las cosas que más se trabaja es en el afrontamiento del diagnóstico, del pronóstico, la finitud. Y poder integrar, no solo quedarnos con que nos pasa algo físico o algo emocional, también nos pasa el espíritu, va todo junto. Ahí es cuando no hacemos muchas diferencias entre nuestras especialidades.



17:9 ¶ 9 Patricia

El sufrimiento insoportable, intolerable no justifican la eutanasia. Es verdad que hay una fragilidad progresiva, te diría en nosotros también, si casi estamos tan inmersos en las evoluciones en las progresiones, pero hay que ponerse a pensar muy seriamente cómo aliviar el sufrimiento porque no vamos a poder eliminarlo A mi parecer existe un resguardo legal en torno al tema. No sé si responde solo a una minoría. Cualquier médico que se precie de querer hacer las cosas bien, sabe que esa es la situación.



18:28 ¶ 17 Pedro

Eutanasia, si, nos han pedido, siempre hemos dicho que no, Un amigo, que sabía que se Moria nos pidió que no le agregáramos nada, que lo ayudáramos con la sedación para poder morir. Es difícil.

Hablar es difícil comentar lo que uno piensa al respecto, entiendo que puede querer morir, creo que yo haría lo mismo.

Experiencia personal



18:16 ¶ 4 Pedro

. - Si. Porque en algunos aspectos .Para poder ponerse en el lugar de los pacientes, tiene que haber pasado por esas experiencias , nunca he estado en una situación crítica que me haga pasar por eso, por ejemplo , cuando he pasado por algunas cirugías, el hecho de estar desnudo y que todo el equipo médico se esté riendo, haciendo chistes y uno está ahí totalmente desnudo , eso ha generado que yo cuando estoy en la misma situación pero del otro lado, los tapo Alos pacientes, cuido el tema del pudor y esas cuestiones.

Experiencia profesional



3:43 ¶ 19 ALE

. - Puedo expresarme libremente, quizá al principio me enojaba, ahora ya no, la gran mayoría, cuando lo piden desconocen la ley, desconocen los principios éticos y ah empiezan a rever algunas cuestiones, así que para nada me molesta. En cambio los residentes si reciben una propuesta así, uno una vez quiso hacer una denuncia a un familiar. La experiencia es fundamental.

Retroalimentación



3:29 ¶ 5 in ALE

.- para mi es , un ejemplo,: los otros días en el recorrido de sala, yo tengo 20 residentes a cargo , y a uno lo saque a un costado y le dije, vos tenés muy buenas notas, sos un excelente chico, pero no empatizas, necesito que empatices cine le paciente, no te pido que te sientes en la cama con él ni que lo abracés ni que lo peines, pero necesitas empatizar , porque de esa manera ganas la confianza de él y se abre todo, se abre un nuevo mundo para vos, se abre un nuevo mundo para el paciente, vas a sacar muchas más conclusiones, además que te vas a podes llevar la anamnesis , que era lo que él estaba fallando, adelante.

Fidelidad del paciente



18:20 ¶ 8 Pedro

.- gestos : no tanto... se producen, a veces el paciente te , uno puede ver el estado de ánimo del paciente que te llama y te quiere contar , en otro hospital , volviendo de vacaciones, un paciente que esta como hace 7 meses, me llamo para saludarme , uno tiene un rechazo con un paciente crónico, y te pregunta cómo te fue no tus vacaciones, no te vi , te fuiste tres semanas, ahí hemos hecho un vínculo, por lo menos del paciente hacia mí, de empatía, por lo menos me llama y se dio cuenta que no estaba y me pregunta a como me fue.

Humanismo

 3:28 ¶ 4 ALE

Trato de hacerlo permanentemente (ponerse en el lugar del paciente) para mí es un sinónimo en la práctica asistencial del concepto de empatía, tratar de ponerse en el lugar del otro, no significa llorar con el otro o tener hambre como el otro o tener dolor como el otro, por eso empatizar y humanismo para mí, son sinónimos y van de la mano.

 3:31 ¶ 7 ALE

Ventajas: si totalmente, te permite que el paciente se abra y nosotros dentro de la practica asistencial, te estoy hablando de un área de internación de agudos, donde recién llego un paciente agudo, con una internación con una neumonía y vos muchas veces te encontras con el paciente sin familiares, sin datos en al HC el médico de la ambulancia que lo trajo no aportó nada, entonces vos , a partir de la empatía, a partir del humanismo, el paciente empieza a contar un montón de cosas que pueden tener o no relación con la enfermedad pero que te van a ayudar a interpretarla a conocerla, a pronosticarla y tratarla

Humanización en salud

 3:34 ¶ 10 ALE

No solo son gestos en las facies o en el cuerpo sino que también nosotros tenemos un gesto de tipo humano si quieres llamarlo, de aquellos pacientes que están en fin de vida, les sacamos el paciente de al lado para que la familia se pueda quedar con ellos. Si bien económicamente es jorobado, porque al sacar un paciente de la cama de al lado, es un paciente que no se factura, y es importante también verlo a eso, pero la obra social lo contempla también a eso, lo hemos luchado y lo hemos conseguido, que solo en fin de vida queden acompañados, eso también es un gesto no postural, no facial.

Impacto en la calidad de vida

 18:26 ¶ 15 Pedro

Intensidad del dolor psíquico: no me lo puedo imaginar porque cada paciente es diferente y es una mezcla de muchas cosas, hay un paciente con una herida de bala, y creo que la angustia de él es porque no va a poder caminar fuera de su problema respiratorio, que no puede respirar en este momento, no me imagino la magnitud del evento de esa angustia.

Importancia del contexto social y psicológico en el tratamiento médico

 18:18 ¶ 6 Pedro

. - ventajas? Ummmmhhhh, la ventaja seria si uno analiza el paciente en otro contexto que no es solo el orgánico , me parece que es favorable si uno analiza el paciente en otro contexto, como un

ser bio psíquico y social, si uno solo analiza lo biológico no me parece que sea favorable porque este puede hacer tomar malas decisiones, cuando el paciente ya lo consideras como un ser social y te preocupas por él y te ocupas de que tenga música y traerle algo que el necesita o dejar que la familia este más tiempo con él, ahí si me parece favorable.

Impotencia



11:3 ¶ 3 Juan Pablo

La relación médico paciente es un matrimonio pero de a tres: el paciente, el médico y la familia, un poco difícil... las emociones propias, que me llevo yo... está mal... a mí se me han caído lagrimas delante del paciente, lágrimas de dolor, de tristeza de impotencia, no sé si está bien o mal, me ha tocado con pacientes muy jóvenes que sabes que se van a morir, que ellos saben que se van a morir, hace poco un paciente joven con cáncer de testículo donde su hijo se estaba yendo de viaje de egresados a Bariloche, el hijo no quería viajar porque su papa se moría que seguramente se iba a morir mientras él estaba de viaje y su papa no se quería morir porque su hijo estaba en Bariloche para que no se sienta culpable, tuve que sedarlo mientras el chico estaba en Bariloche y estirar la agonía para ver que llegara vivo el padre al regreso del hijo para que este no se sintiera culpable de haberse ido. Mi primer paciente de paliativos fue una nena de 14 años, donde la nena me enseñó tantas cosas, era un adulto.



11:4 ¶ 3 Juan Pablo

Se me han caído lágrimas, he puteado de la impotencia, he echado gente de mi lado que pretendió consolarme, vos viniste a buscar otra cosa que yo no te la puedo dar, he dicho, hasta acá sí, hasta acá no, Después te vas fortaleciendo y pareces frontalizado en las decisiones para que la emoción no te gane, no se cobrar, por eso soy pobre, reprimo mucho las emociones, si me preguntan cuanto tiempo me queda , no hay que mentir, no sabemos cuánto queda, no lo sabemos, otra respuesta suele ser, todos nos vamos a morir, te preguntan por qué a mí, y yo pienso porque no? Los médicos cubrimos al psicólogo, porque llegamos antes... un psicólogo filtraría si la relación va a ser permeable, si el paciente va a querer aceptar o no los tratamientos. Me han pedido la eutanasia, si, muchas veces, mi postura no la dire. Nunca dije sí. En pacientes terminales, en pacientes sanos o depresivos, no te voy a decir que opino. No es un problema hablar de eutanasia en el equipo médico, me pasa que la muerte no me da miedo, no me preocupa, pero si la transición, como llegas, en qué condiciones llega el paciente.



18:25 ¶ 14 Pedro

Mi percepción que el problema no es del paciente porque yo no puedo hacer nada para torcer su situación, trato de hacer algo con la familia o de darle consuelo, o de que entienda, o al darle la noticia, abrazarlos o una mirada. Es difícil es problema del paciente porque el paciente ya está muerto.

Incertidumbre

 18:23 ¶ 12 Pedro

. - si veo a mi paciente triste, mal . A veces uno se acerca a hablar y atrás de su experiencia como manejaría ese tipo de situación por el cual está pasando el paciente. pero desde el pto de vista mío, por ahí puede servirle o no al paciente.

 18:25 ¶ 14 Pedro

Mi percepción que el problema no es del paciente porque yo no puedo hacer nada para torcer su situación, trato de hacer algo con la familia o de darle consuelo, o de que entienda, o al darle la noticia, abrazarlos o una mirada. Es difícil es problema del paciente porque el paciente ya está muerto.

Interpretación

 3:31 ¶ 7 ALE

Ventajas: si totalmente, te permite que el paciente se abra y nosotros dentro de la practica asistencial, te estoy hablando de un área de internación de agudos, donde recién llego un paciente agudo, con una internación con una neumonía y vos muchas veces te encontras con el paciente sin familiares, sin datos en el HC el médico de la ambulancia que lo trajo no aportó nada, entonces vos , a partir de la empatía, a partir del humanismo, el paciente empieza a contar un montón de cosas que pueden tener o no relación con la enfermedad pero que te van a ayudar a interpretarla a conocerla, a pronosticarla y tratarla

 3:39 ¶ 15 ALE

Yo puedo cuantificarlo a través de escalas , de lo que sea va a venir otro médico y le va a poner un numero diferente al que yo interpreto , va a venir un psicólogo y le va a poner otro y va a venir un familiar y seguramente le va a poner n número más alto a eso, entonces el objetivo para la interpretación en este caso para un dolor psíquico, pasa por conocer al paciente, pasa por conocer su historia de vida, y tratar entre todos los del equipo de salud de llegar a un acuerdo con eso , porque si uno piensa que el dolor es leve y el otro piensa que el dolor es grave, son dos terapéuticas totalmente diferente. Nos reunimos en un ateneo pero el medico a cargo es uno, el psicólogo que trabaja es uno, son tres en el equipo pero es uno el que esta con el paciente A, el otro médico esta con el paciente B

Límites claros en la relación terapéutica

 18:19 ¶ 7 Pedro

.- permitir que la familia entre más tiempo porque necesita de eso o que escuche música o bajarlo o que haga una llamada y al familia me dice no , que me traigan la dentadura y tomarme el trabajo de llamar para que se lo traigan...esas cuestiones de empatía , cuando se genera la empatía, porque a veces hemos tenido situaciones que hay pacientes manipuladores que han hecho lo que han querido , tengo un paciente que le habíamos prohibido tener el celular y puntualmente se le dijo, que no tenga el celular , yo lo encontré con el celular, se lo hice retirar con la mujer y a pesar de eso lo

volvió a tener, ahí se generó una situación de rechazo hacia ese paciente , en la cual lo único que yo quería era que se resolviera su problema biológico y sacarlo de acá porque ese me generó un rechazo porque el paciente no tenía empatía.

Manifestaciones físicas del dolor psíquico

 18:26 ¶ 15 Pedro

Intensidad del dolor psíquico: no me lo puedo imaginar porque cada paciente es diferente y es una mezcla de muchas cosas, hay un paciente con una herida de bala, y creo que la angustia de él es porque no va a poder caminar fuera de su problema respiratorio, que no puede respirar en este momento, no me imagino la magnitud del evento de esa angustia.

Medicina intensiva/Terapia intensiva

 18:15 ¶ 3 Pedro

Es relevante? NO. Porque en la práctica médica , en terapia intensiva por ejemplo , es un vínculo más difícil de relacionarlo porque los pacientes no están despiertos y a veces nos perturba la toma de decisiones en cuanto a cosas objetivas con el paciente, por ahí, a veces se establece esa relación de empatía con los pacientes que están despiertos , que tienen algún problema crónico, que están despiertos y que hay un vínculo en el cual uno pueda charlar o no, o una relación de empatía con la familia o no porque a veces también la familia , el vínculo que uno llega a hacer en los informes diarios, a veces se puede generar una relación de empatía positiva o una relación de nada de no empatía, de rechazo, eso no es empatía. Que puede sesgar tus acciones, por eso no me parece relevante, me parece que uno tiene que ser por lo menos en UTI, no guiarse por ese vínculo de empatía sino por cuestiones objetivas,

Moralidad

 18:28 ¶ 17 Pedro

Eutanasia, si, nos han pedido, siempre hemos dicho que no, Un amigo, que sabía que se Moría nos pidió que no le agregáramos nada, que lo ayudáramos con la sedación para poder morir. Es difícil. Hablar es difícil comentar lo que uno piensa al respecto, entiendo que puede querer morir, creo que yo haría lo mismo.

Motivación

 3:29 ¶ 5 ALE

.- para mi es , un ejemplo,: los otros días en el recorrido de sala, yo tengo 20 residentes a cargo , y a uno lo saque a un costado y le dije, vos tenés muy buenas notas, sos un excelente chico, pero no empatizas, necesito que empatices con el paciente, no te pido que te sientes en la cama con él ni que lo abracés ni que lo peines, pero necesitas empatizar , porque de esa manera ganas la

confianza de él y se abre todo, se abre un nuevo mundo para vos, se abre un nuevo mundo para el paciente, vas a sacar muchas más conclusiones, además que te vas a poder llevar la anamnesis, que era lo que él estaba fallando, adelante.

 10:19 ¶ 3 Juan Carlos

Caso clínico: varias veces, he hecho cosas que no debería hacer, una vez un paciente de 32 años, había que hacer una intubación intraqueal y no se veía nada y ya estaba a en paro respiratorio y a pesar de que tengo bastante destreza para intubar, no pude y agarre y le metí un tubo con alambre, lo clave literalmente, y lo logre salvar y me fui al cuarto de al lado a decir gracias dios mío, después nos dimos cuenta de que la tráquea estaba tapada con un tumor, un seminoma, pero vivió. Nadie nace para la. La vocación es la de servicio. Tratar de hacer lo que hacemos de la mejor manera posible, y tratar de ser útil de la mejor forma y transmitir lo que sabes. Repara en los gestos y expresiones no verbales, me llama la atención la locuacidad, cuando entra ya te das cuenta, la mujer, mucho más lucida que los varones, en los consultorios las mujeres hablan por su compañero, te das cuenta de que va a tomar la iniciativa por la forma de caminar, el varón se deja manejar dar los remedios, buscar el tratamiento. y no tiene que saber quién maneja el seguimiento, uno debe darle el lugar al paciente, no volverlo dependiente, dejarlo que se exprese por sus propios medios y no actuar con soberbia. No equivocarse al actuar con soberbia. Se puede hacer un semblanteo de su lenguaje corporal, como se sienta como se mueve en la consulta, que responde. Hay que saber discernir.

Objetividad

 18:15 ¶ 3 Pedro

Es relevante? NO. Porque en la práctica médica, en terapia intensiva por ejemplo, es un vínculo más difícil de relacionarlo porque los pacientes no están despiertos y a veces nos perturba la toma de decisiones en cuanto a cosas objetivas con el paciente, por ahí, a veces se establece esa relación de empatía con los pacientes que están despiertos, que tienen algún problema crónico, que están despiertos y que hay un vínculo en el cual uno pueda charlar o no, o una relación de empatía con la familia o no porque a veces también la familia, el vínculo que uno llega a hacer en los informes diarios, a veces se puede generar una relación de empatía positiva o una relación de nada de no empatía, de rechazo, eso no es empatía. Que puede sesgar tus acciones, por eso no me parece relevante, me parece que uno tiene que ser por lo menos en UTI, no guiarse por ese vínculo de empatía sino por cuestiones objetivas,

Pacientes manipuladores

 18:19 ¶ 7 Pedro

.- permitir que la familia entre más tiempo porque necesita de eso o que escuche música o bajarlo o que haga una llamada y al familia me dice no, que me traigan la dentadura y tomarme el trabajo de llamar para que se lo traigan...esas cuestiones de empatía, cuando se genera la empatía, porque a veces hemos tenido situaciones que hay pacientes manipuladores que han hecho lo que han

querido , tengo un paciente que le habíamos prohibido tener el celular y puntualmente se le dijo, que no tenga el celular , yo lo encontré con el celular, se lo hice retirar con la mujer y a pesar de eso lo volvió a tener, ahí se generó una situación de rechazo hacia ese paciente , en la cual lo único que yo quería era que se resuelva su problema biológico y sacarlo de acá porque ese me generó un rechazo porque el paciente no tenía empatía.

Percepción subjetiva del dolor psíquico

 18:26 ¶ 15 Pedro

Intensidad del dolor psíquico: no me lo puedo imaginar porque cada paciente es diferente y es una mezcla de muchas cosas, hay un paciente con una herida de bala, y creo que la angustia de él es porque no va a poder caminar fuera de su problema respiratorio, que no puede respirar en este momento, no me imagino la magnitud del evento de esa angustia.

Presión/problemas para resolver problemas de los demás

 3:37 ¶ 13 ALE

Ese es un punto conflictivo que la psicóloga que esta con nosotros en el hospital de alguna manera me reto, y me dice, Ale, no tenés que darle la solución a todos los pacientes, puede ser que con alguien no se la puedas dar , no tenés que ser el que siempre para resolver los problemas, había una paciente, cáncer gástrico, terminal ,doblada en la silla, doblada en la silla de ruedas, pero esta así doblada hace dos meses, no era de la obra social, es la conocida de un amigo, la hice traer, deje de atender un paciente que ya estaba programado , la hice bajar a guardia médica para qué? No lo iba a resolver, el problema de esa chica es que tiene que empezar con la quimio rápidamente, y su obra social le tiene que proveer todo, entonces, hay veces que no lo logro manejar, cuando el paciente, no se le calma el dolor, es algo que hasta no conseguir por lo menos que este mas calmo, no paro y eso es sumamente desgastante.

Relación interpersonal

 18:14 ¶ 2 Pedro

Empatía en general, es un aspecto subjetivo que uno, como una relación que uno hace con la otra persona, en cuanto a la proyección de algo positivo o negativo hacia esa persona, es como un sentimiento, al yo valorarlo como un sentimiento es algo subjetivo de relación, que no es de las habituales, puede ser de confraternidad o no hacia una persona determinada.

Resiliencia

 3:36 ¶ 12 ALE

Pilar fundamental para mí en eso mi familia, y amigos. No voy al psicólogo, no hago terapia , si yo no tuviera la familia que tengo, no podría llevar esto adelante y si no tengo a los amigos tampoco,

porque de ue manera, con la familia llego a casa y todas las cosas que tenemos, salidas, mira, los otros días contamos con mi mujer fueron cuatro fines de semana seguidos de fiestas, cuatro fines de semana, ya no damos más , todavía estamos afónicos pero a los que voy es necesito, necesito , bueno ayer fui a ver a Boca, otro de mis alicientes, necesito que todo eso que lleva un dolor propio y un procesamiento, lo descargo por otro lado.

Resistencia

 18:27 ¶ 16 Pedro

Expresan con negativismo, cambios en el estado de ánimo, con llanto o con rechazo a hacer alguna actividad que los puede ayudar a progresar, alguna movilización, también las situaciones contrarias, uno trato de bajar los de la cama, ayudarlos, acá había una señora con un EPOC muy avanzado que no le podemos sacar el respirador, la intentamos llevar al patio que tome aire, pero ella se negaba.

Respeto

 3:33 ¶ 9 ALE

. - lo que utilizamos mucho, que esto lo aprendí con el tiempo a pesar de que me cuesta, porque mi personalidad es de hablar permanentemente, y a veces no respeto los silencios y eso con los años, a medida que nos ponemos más viejitos, vamos respetando los silencios, y hay momentos en donde vos te ventas con el paciente, vos pensar que ahora , en este momento, recién me mandaron un mensaje del hospital, tengo tres pacientes en sedación paliativa, tres pacientes a punto de fallecer, entonces puse los apellidos de cada uno, pregunté y me dijeron, dos partiendo, uno más estable, con uno de ellos , los otros días, me pidió hablar a mí, me dijo , dar se puede quedar? Como no, me quede con él pidió que se vayan los familiares, me dijo siéntese, me senté al lado de la cama, le di la mano, me dijo ya me queda poco, me empezó a agradecer al hospital, da todo eso y llego un momento que se calló, y yo no tenía nada que hablar, simplemente que pasara el silencio , viste, que pasar y no sabes el momento lindo, desde ya, a ver, esto suena poéticamente correcto, es muy lindo, no lo podría hacer con todos, por una cuestión de tiempo, eso se dio ese momento, el paciente lo necesitaba, y ahí tuvimos los dos comunicación no verbal, pura y exclusivamente gestual, fue el silencio lo que trascendió entre los dos.

Respeto a la ley

 3:43 ¶ 19 ALE

. - Puedo expresarme libremente, quizá al principio me enojaba, ahora ya no, la gran mayoría, cuando lo piden desconocen la ley, desconocen los principios éticos y ah empiezan a rever algunas cuestiones, así que para nada me molesta. En cambio los residentes si reciben una propuesta así, uno una vez quiso hacer una denuncia a un familiar. La experiencia es fundamental...

Responsabilidades múltiples

 3:30 ¶ 6 ALE

A la mañana en el hospital, hago de jefe de piso en un área de internación que engloba pacientes gerontes y a la tarde soy el jefe de servicio de paliativos de un área aparte.

Sensibilidad hacia el sufrimiento ajeno

 18:22 ¶ 11 Pedro

. - Las emociones con el paciente no aparecen, aparecen con las familias. Las familias que tiene angustia por su familiar enfermo, uno percibe esa angustia en el familiar y eso a mí si me afecta, una vez me puse a llorar, cuando se murió una paciente joven, claro la madre no podía entender por qué se había muerto en tres días la paciente y eso a mí me angustió, porque bueno mis hijos están en la misma edad y me genera angustia, pero me genera angustia ver el sufrimiento de la familia, no del paciente en sí.

Pena

 18:24 ¶ 13 Pedro

. - Pacientes terminales...: Si y no . Hemos tenido pacientes terminales no ingresan por la baja disponibilidad de camas en el servicio, entonces no es lo habitual, si hemos tenido situaciones de pacientes jóvenes, con muerte encefálica, se puede considerar estado terminal porque sabes que se va a morir, en horas y eso ha generado más angustia, porque son pacientes jóvenes, que han estado sanos y que han tenido un evento que los llevo a ese estado y eso sí, nos genera angustia.

Subjetividad

 3:39 ¶ 15 ALE

Yo puedo cuantificarlo a través de escalas , de lo que sea va a venir otro médico y le va a poner un numero diferente al que yo interpreto , va a venir un psicólogo y le va a poner otro y va a venir un familiar y seguramente le va a poner n número más alto a eso, entonces el objetivo para la interpretación en este caso para un dolor psíquico, pasa por conocer al paciente, pasa por conocer su historia de vida, y tratar entre todos los del equipo de salud de llegar a un acuerdo con eso , porque si uno piensa que el dolor es leve y el otro piensa que el dolor es grave, son dos terapéuticas totalmente diferente. Nos reunimos en un ateneo pero el medico a cargo es uno, el psicólogo que trabaja es uno, son tres en el equipo pero es uno el que esta con el paciente A, el otro médico esta con el paciente B.

 18:14 ¶ 2 Pedro

Empatía en general, es un aspecto subjetivo que uno, como una relación que uno hace con la otra persona, en cuanto a la proyección de algo positivo o negativo hacia esa persona, es como un sentimiento, al yo valorarlo como un sentimiento es algo subjetivo de relación, que no es de las habituales, puede ser de confraternidad o no hacia una persona determinada.

Subjetividad en la toma de decisiones

 18:21 ¶ 10 Pedro

Percepción del dolor ajeno en la RMP: sí y no. Si uno lo toma, hace que entre a tallar cuestiones subjetivas que a veces te hacen tomar malas decisiones, prefiero a veces no tomarlas y ser muy puntual y objetivo, a veces se puede y a veces no.

Tabú

 3:40 ¶ 16 ALE

A veces pasa, me paso esta semana con un paciente judío, de la muerte no se habla, es tabú, no se toca el tema, entonces el hombre tiene melanoma, metástasis pulmonares, metástasis cerebrales y pregunta por qué no mejora, entonces me reuní con el hijo y con la esposa y digo, chicos, no vamos a poder avanzar en la interpretación si no podemos decirle a él donde está parado, Alejandro por favor, no hables eso con papá, lo de la muerte para papa siempre fue... y bueno. ahí tengo un conflicto prefijado que me va a impedir poder trabajar abierta y correctamente, debo respetarlo porque es una decisión personal, aunque no la comparta.

Enfermedad terminal

 18:24 ¶ 13 Pedro

. - Pacientes terminales...: Si y no. Hemos tenido pacientes terminales no ingresan por la baja disponibilidad de camas en el servicio, entonces no es lo habitual, si hemos tenido situaciones de pacientes jóvenes, con muerte encefálica, se puede considerar estado terminal porque sabes que se va a morir, en horas y eso ha generado más angustia, porque son pacientes jóvenes, que han estado sanos y que han tenido un evento que los llevo a ese estado y eso sí, nos genera angustia.

Trabajo multitasking

 3:30 ¶ 6 ALE

A la mañana en el hospital, hago de jefe de piso en un área de internación que engloba pacientes gerontes y a la tarde soy el jefe de servicio de paliativos de un área aparte.

Tratamiento

 3:31 ¶ 7 ALE

Ventajas: si totalmente, te permite que el paciente se abra y nosotros dentro de la practica asistencial, te estoy hablando de un área de internación de agudos, donde recién llego un paciente agudo, con una internación con una neumonía y vos muchas veces te encontras con el paciente sin familiares, sin datos en al HC el médico de la ambulancia que lo trajo no aportó nada, entonces vos , a partir de la empatía, a partir del humanismo, el paciente empieza a contar un montón de cosas que

pueden tener o no relación con la enfermedad pero que te van a ayudar a interpretarla a conocerla, a pronosticarla y tratarla

Red de códigos – ATLAS ti

