

“EL MEDICO FRENTE AL PACIENTE CON LA VIDA AMENAZADA”

AUTORES:

Bramajo Marina, Marquis Ana, Blanco Villalba Marcelo, González Vázquez Arturo, Streich Guillermo.

I-INTRODUCCIÓN

A-INTRODUCCION

En los últimos años se ha producido una modificación en el patrón de dolencias causantes de la mortalidad en los países desarrollados, que ha requerido un replanteo en el modelo médico de entender y tratar la enfermedad, pasando del modelo biomédico al **modelo bio-psico-social**.

La disponibilidad de tratamientos más efectivos para enfermedades crónicas prevalentes en la actualidad, como el Cáncer, brindan mayor sobrevida a los pacientes que las padecen, pero estos alcances no impiden que estos pacientes mueran como consecuencia de su enfermedad. Y la mayoría, en las etapas finales de su dolencia, sufrirán dolor y otros complejos sintomáticos.

Esta nueva realidad fue generando la necesidad de una respuesta desde la Psicología, las Ciencias de la Salud, el Trabajo Social y la Bioética. Fue requiriendo un replanteo de los objetivos e ideales de la medicina, que tradicionalmente fueron “*buscar el mejor tratamiento para curar*”, y debieron comenzar a contemplar la necesidad, en muchos casos, de ocuparse de “*cuidar y acompañar*” a sus pacientes y familias, aliviándoles el sufrimiento.

Los Cuidados Paliativos y la Psico-oncología surgen como una respuesta para los **pacientes y sus familiares** que atraviesan esta situación terminal, que enfrentan los efectos de una realidad que irrumpe de modo traumático por ser inesperada, extraña, incomprensible e inasimilable en corto tiempo, caracterizada por una gran demanda de atención. Pero la atención no se limita a ellos ya que se **incluye al equipo médico con el mismo nivel de importancia**

En esta investigación se ha intentado **avanzar más allá de las apreciaciones que revela la cotidiana actividad asistencial**, orientando el interrogatorio a recabar la información directa provista por los profesionales, acerca de las dificultades con que refieren encontrarse a diario en la tarea con estos pacientes y con sus familias en la institución. Dichas opiniones y testimonios han sido tomados como eje referencial y perspectiva privilegiada desde la cual surgieron las conclusiones.

La **necesidad de articular diferencias discursivas** que obstaculizan la comunicación y la práctica asistencial nos motiva a una aproximación teórica a esta problemática.

Buscamos una metodología que nos permita **evidenciar lo que nuestra experiencia nos muestra en el trabajo en equipo interdisciplinario**

B-TEMA:

Las implicancias que ha tenido en la actividad y en la subjetividad de los profesionales médicos la atención de pacientes con enfermedades terminales, la respuesta institucional para abordar esta problemática y el aporte de los profesionales de la Salud Mental en un equipo interdisciplinario

C-JUSTIFICACIÓN Y MARCO TEORICO:

La posibilidad de trabajar con médicos, nos da a los Psicoanalistas una oportunidad privilegiada, la de trabajar **junto a ellos**.

La existencia y funcionamiento de Equipos de Trabajo Interdisciplinarios debería plantearse como una alternativa posible y necesaria para enfrentar la innegable realidad que les toca vivir a los Pacientes con enfermedad terminal y a sus familias.

Y cuando decimos enfrentar, tomamos en cuenta también a los **médicos tratantes, partícipes fundamentales en tal situación extrema**.

Del Psicoanálisis hemos aprendido la diferencia entre el Discurso médico (y su saber generalizable, científico), y el Discurso del sujeto (único e irrepetible). Creemos que ninguna teoría científica será capaz de reemplazar el **escuchar caso por caso**, tanto en los Ateneos Clínicos como al lado del Paciente. Así como ningún nuevo avance de la ciencia, ni ninguna nueva Ley reemplazarán la tarea de acompañar con nuestra presencia, nuestra palabra o silencio, o con nuestra mano sosteniendo a aquel que teme a la muerte, y por el que tenemos todavía mucho para hacer.

Creemos importante remarcar que “Las artes las ciencias y la filosofía tienen por delante una tarea esquivada: abrir grietas en la seguridad de lo ya pensado y atreverse a imaginar nuevas preguntas. La verdad al fin y al cabo no es más que “una especie de error que tiene a su favor el hecho de no poder ser refutada- como apunta Michel Foucault parafraseando a Nietzsche- por que la lenta coacción de la historia la ha hecho inalterable”.¹

Ante la primacía actual de lo científico-tecnológico, el Médico está sometido, en su acto, al ordenamiento y la normativización que le impone la Ciencia Médica, es decir, debe llevar a cabo todo lo que desde los procedimientos científicos esté a su alcance para restituir el estado de Salud. Y para ello sólo considerará de su Paciente los signos y síntomas que pueda incluir en los carriles Médico-Científicos, y descartará todo lo demás, **lo que no tolere o aquello con lo que no sepa hacer**.

Entonces, cómo proteger a los médicos de las consecuencias de estos avances científicos, que al mismo tiempo que han facilitado enormemente su capacidad de diagnóstico y tratamiento de infinidad de enfermedades, han incrementado su

¹ Paula Sibila, “El hombre postorganico. Cuerpo subjetividad y tecnologías digitales”, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2005, p14-15

omnipotencia, junto con la exigencia socio-cultural que sobre ellos recae, de CURAR, ó reconocerse impotentes por no poder hacerlo.

Olvidando en parte, que CUIDAR (termino que dio origen etimológico a curar), constituye a nuestro pensar parte de las obligaciones éticas de los profesionales de la salud cuando la curación no es posible.

Frecuentemente nos encontramos con profesionales que siguen sosteniendo una **actitud paternalista**, alentada por la moral social y la familia del Paciente con el fin de "hacer todo lo posible". Esto suele llevar a intervenciones lindantes con el encarnizamiento terapéutico o las medidas fútiles, que desembocan en una muerte tecnológica, artificial, vaciada de sentido y de voluntad, y en aislamiento.

Nos preguntamos, que les sucede a los profesionales cuando los pacientes hablan, se quejan, sufren, se deterioran, se mueren....? El Médico se ha formado para que le sea entregado el cuerpo, no la palabra. Un cuerpo donde podrá intervenir para curar. Qué hará con estas palabras singulares de su Paciente que no pueden ser ubicadas dentro de su Saber normatizado y generalizado? Que hace con ese cuerpo que no puede ser curado y que lo desprende de su rol de sanar?.

C-OBJETIVOS:

Objetivos generales:

- ❑ Evaluar el **impacto de la temática de la muerte** en el Médico.
- ❑ Conocer los **efectos de la realidad institucional** sobre la actividad de los Profesionales y sobre la comunidad Médica.
- ❑ Obtener las opiniones médicas sobre el trabajo que realizan los **Equipos de Cuidados Paliativos**.

Objetivos específicos:

- Observar los **efectos de la internación** de pacientes crónicos y terminales, y el impacto de la proximidad de la muerte en la actividad laboral y en la subjetividad de los profesionales de la salud.
- Analizar las preferencias de los profesionales ante la posibilidad de encontrarse en un estado de terminalidad.
- Relevar la existencia de **modos consensuados de abordaje de pacientes terminales**.
- Analizar la **formación y capacitación universitaria** específica recibida.
- Pesquisar la pertinencia de la **existencia de espacios grupales e institucionales** para la elaboración psíquica de los efectos de su actividad profesional.
- Evaluar el conocimiento de la **metodología de trabajo de los equipos** de Cuidados Paliativos en un Hospital General.
- Analizar los **requerimientos y necesidades de esta Especialidad**.
- Conocer la opinión de los profesionales sobre la pertinencia de las **Unidades de Internación** especializadas para pacientes terminales.

La información obtenida con este estudio ayudaría a establecer prioridades y ajustar de la mejor manera posible las actividades y estrategias de intervención.

D-METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN:

Estudio descriptivo de Corte Transversal.

Población:

Médicos del Hospital Gral. de Agudos Dr. Teodoro Álvarez, del Hospital General Central "Dr. Cosme Argerich", del Hospital Dalmasio Velez Sarfield, de los siguientes servicios: Anestesiología, Cardiología, Cirugía General, Clínica Médica, Endocrinología, Ginecología, Medicina familiar, Hematología, Nefrología, Neurología, Oncología, Psiquiatría, Terapia Intensiva, Traumatología, Guardia.

Instrumentos de Medición:

Encuesta semi-estructurada de 21 preguntas.

Cantidad de encuestas realizadas: 167

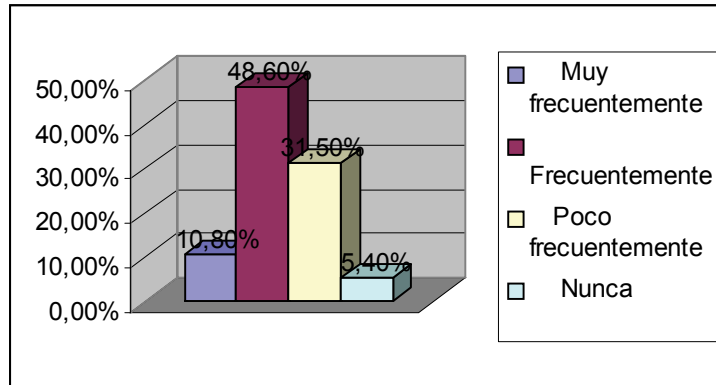
La entrega de encuestas fue al azar.

El programa para análisis de datos empleado fue EPI-INFO

II-DESARROLLO

A-ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

- La frecuencia con que refieren recibir pacientes con enfermedad terminal en las Salas de Internación es:



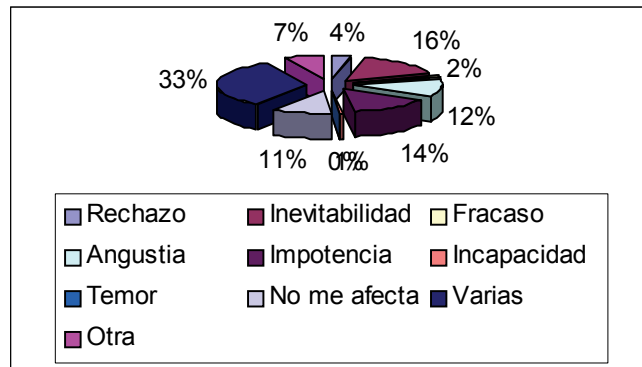
- Servicios encuestados:

ANESTESIA	0,70%
CARDIO	6,70%
CIRUGIA	6,50%
CLINICA	36,60%
ENDOCRINOLOGIA	1,80%
GINECOLOGIA	5,90%
HEMATOLOGIA	3,00%
MED. FAMILIAR	3,00%
NEUROLOGIA	3,60%
ONCOLOGIA	7,40%
PSIQUIATRIA	2,20%
TERAPIA INTENSIVA	5,20%
TRAUMATOLOGIA	12,50%
URGENCIA	0,70%

Los resultados, provenientes de las preguntas abiertas y cerradas, fueron agrupados en 3 ejes temáticos:

1) El impacto de la temática de la muerte en el Médico

- El 90% de ellos refiere ser afectado de distinto modo (impotencia, angustia, rechazo, etc.), por las internaciones en su servicios de pacientes terminales, que suelen ser frecuentes.



Un Médico Concurrente de 2º año nos refiere:

“Excelente encuesta: sufro por los pacientes terminales y siento que para esto no sirvo; la impotencia es lo que está ocupando mi mente”.

- Es recurrente el planteo de los profesionales con respecto a sus dificultades y falta de conocimiento y preparación para el suministro de información a los pacientes y sus familias sobre un diagnóstico terminal.
- *Se pregunto sobre las dificultades que se presentan al momento de informar al paciente un diagnóstico de enfermedad terminal*

1. Bloqueo – no se lo pude informar	1,80%
2. Necesité asesoramiento y ayuda externa	24,10%
3. Sentí que no me correspondía a mí hacerlo.	13,40%
4. Temí que	7,10%
5. No tuve dificultades	42,90%
6. Otras (especifique cuáles)	10,70%

Cabe señalar que este es un punto crucial en la relación médico paciente, y que no se reduce a una simple transmisión de datos informativos, sino que requiere un proceso de “formación” de los profesionales, para el atravesamiento y resolución de sus resistencias, ideales, prejuicios, vivencias de fracaso, impotencia, etc., tal como surge de sus testimonios en estas encuestas. En tal sentido, el Equipo de Cuidados Paliativos no pretende sustituir la función de brindar información que pueda ser competencia del médico de cabecera, sino asesorar y acompañar a desanudar ciertas situaciones en que la implicación subjetiva del profesional le esté obstaculizando su comunicación con su paciente.

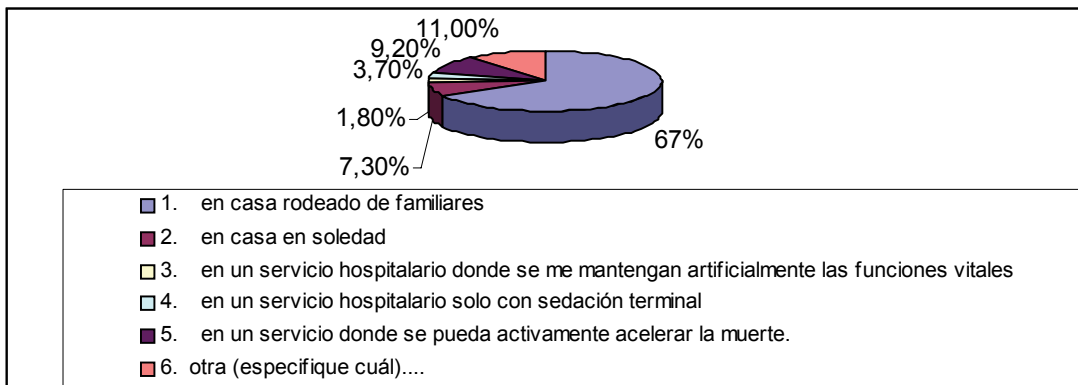
Nos refiere una médica de Clínica Médica: *“Suelo tener con las familias de estos pacientes, relaciones muy alternantes, entre muy estrechas y de evitación”.*

- La mayoría de los encuestados refiere que la relación con el paciente terminal y su familia implica requerimientos de:
 - Mayor tiempo disponible por la mayor necesidad de protección, compasión, explicación, entre otras cosas, de la imposibilidad de curación.
 - Relación más cercana y personal, más tolerancia y afecto.

- Mayor necesidad de comprensión de la dinámica familiar; familias más demandantes.
 - Apuntalamiento por otros profesionales para tratar temas y temores no orgánicos, y tomar medidas paliativas específicas.
 - Mayor implicación subjetiva del médico, amenaza a su estabilidad emocional; dificultades en el manejo de la angustia y de la identificación.
 - Movilización de las fantasías y miedos del médico. Vivencia de fracaso, incapacidad, anulación de su rol.
- La muerte de sus pacientes es asociada por gran cantidad de profesionales a fracaso, incapacidad, angustia y anulación de su rol profesional.
 - La mitad de los médicos encuestados refiere no haber hablado nunca de la muerte propia con sus colegas y a menudo solo el 13 %.

Este tema se considera fundamental a la hora de identificarse con sus pacientes y familias y tomar decisiones, en función de que la O.M.S recomienda que es conveniente que los profesionales que trabajen con pacientes terminales, tengan elaborado psíquicamente el tema de la propia muerte.

- 2/3 de los profesionales encuestados refieren preferir, en caso de encontrarse en una situación terminal, que su muerte sea en su casa, rodeado de sus familiares.



2) Los efectos de la realidad institucional sobre la actividad de los Profesionales y sobre la comunidad Médica.

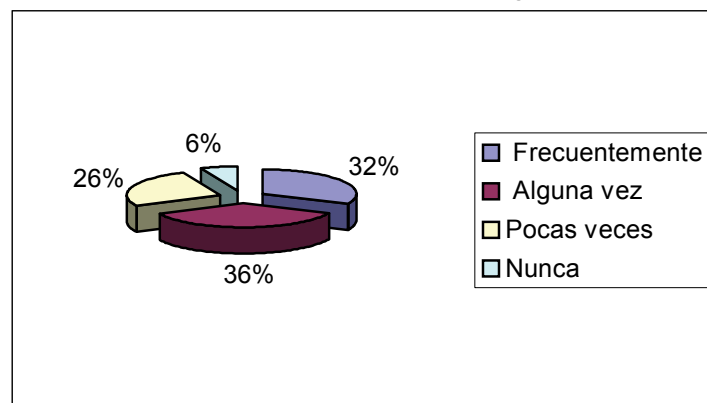
- Más del 75% de los encuestados refieren, con respecto al abordaje de pacientes terminales, que:
 - En la comunidad médica no suele hablarse rutinariamente con el objetivo de consensuar modos adecuados de abordaje de pacientes terminales.
 - En muy pocas ocasiones se habla en los ateneos clínicos sobre las dificultades **particulares** que surgen con los pacientes terminales.

Un Médico Residente de Neurología nos refiere: *“Desde una Especialidad de la Clínica como es la Neurología, la formación no atiende al manejo de un paciente terminal en internación”.*

- Un 90% refiere importante déficit en la formación pregrado en el abordaje y cuidado del paciente terminal, detectándose distintos tipos de dudas, sentimientos y preocupaciones más allá de lo laboral, que han llevado a los médicos, en algunos casos a :
 - implicarse emocionalmente, perdiendo objetividad.
 - continuar pensando en los pacientes en el tiempo libre.
 - mecanizarse insistiendo en los tratamientos curativos.
 - la necesidad de alentar a los pacientes en que se curarán
 - no saber hasta qué punto escuchar la opinión de sus pacientes.
 - adoptar conductas terapéuticas excesivas o cruentas, por temor a ser cuestionados legalmente (juicios de mala praxis) sin evaluar costo beneficio, entre otras.

Es preciso no desconocer que estas conductas son algunas manifestaciones sintomáticas que se encuadran dentro de los indicadores del Síndrome de Burnout, de agotamiento emocional, por el que se ven afectados muy frecuentemente los Profesionales que trabajan en instituciones hospitalarias.

- Se observó que los encuestados reciben preguntas de sus pacientes que no pueden ser respondidas desde lo médico- científico, con la siguiente frecuencia:

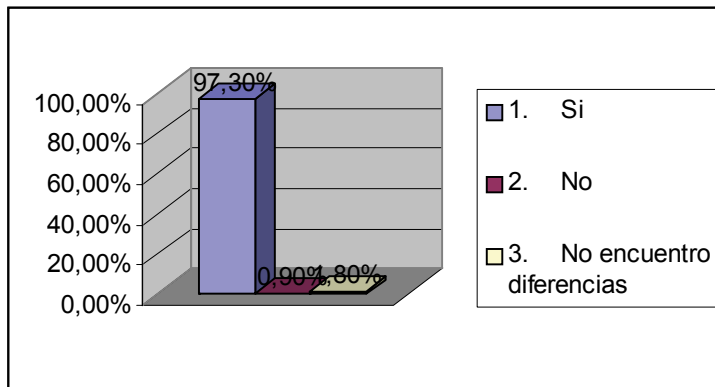


Si a esto le sumamos la falta de formación pre-grado en estos temas, que los Médicos refieren, es evidente el vacío de recursos con el que deben sobrellevar su trabajo.

- Lo anterior puede llevar a comprender por qué un 90% de los profesionales considera pertinente destinar un lugar y un tiempo de su actividad profesional a un espacio de reuniones grupales destinadas a tratar esos temas, en los que se ven involucrados profesional y personalmente.

3) **Las opiniones médicas sobre el trabajo que realizan los Equipos de Cuidados Paliativos:**

- Un 97 % resaltó que se obtienen mejores resultados de las intervenciones de los profesionales como Equipo Interdisciplinario de trabajo, que al solicitar interconsultas de los distintos servicios por separado, lo que es inferido del conocimiento que tienen del trabajo en Equipo en otras áreas.



- ❑ Un elevado porcentaje de los profesionales manifiestan su desconocimiento de la metodología de funcionamiento y modos de intervención del Equipo de Cuidados Paliativos, aunque sostienen la convicción de la conveniencia de un trabajo en equipo.
- ❑ Las mayores dificultades por las que son requeridos, fueron:
 - ❑ suministro de información al paciente y familia.
 - ❑ manejo del dolor.
 - ❑ contención emocional del paciente y familia.
 - ❑ formación y capacitación de los profesionales.
 - ❑ toma de decisiones médicas y éticas.
 - ❑ resolución de problemáticas sociales del paciente y su familia.
 - ❑ Cabe resaltar que un 80% de los encuestados considera muy adecuada la existencia de Unidades de Internación específica para pacientes terminales, así como la instrumentación de la atención domiciliaria de los mismos.

III-CONCLUSIONES

El análisis de los resultados obtenidos en esta investigación, ha permitido corroborar con datos objetivos las apreciaciones y observaciones con que fue diseñada esta Encuesta, tal como fueron desarrolladas en la introducción.

Los resultados nos han llevado a conclusiones categóricas en algunos puntos.

- La atención de un paciente (y su familia) con una enfermedad terminal evidentemente genera malestar en los Profesionales de diversas formas. Consideramos que estos aspectos, al no ser "trabajados y procesados en ámbitos especializados para ello" suelen llevar a un **deterioro Psico-físico** en el profesional y en algunas ocasiones dificultad para tolerar y acompañar el proceso de morir de sus pacientes.
- La **falta de consenso** sobre cómo tratar a Pacientes terminales, sumada a la **falta de formación en el pre-grado**, lleva a que las particularidades de la relación médico paciente-terminal evidencien el vacío de recursos con el que deben sobrellevar su trabajo. La práctica clínica de los profesionales suele tender a llenar ese vacío con su intervención subjetiva, intuitiva, es decir, con los aspectos de su personalidad que exceden a lo profesional, y pertenecen al orden de las **"buenas voluntades individuales"** ya que no provienen de una respuesta desde lo institucional ni desde lo académico.
- Los profesionales han referido una gran **necesidad de intervenciones interdisciplinarias en Cuidados Paliativos**, por lo que se considera indispensable la existencia de Profesionales especializados en el abordaje de pacientes terminales. Dado que se ha detectado un alto porcentaje de desconocimiento del funcionamiento de estos Equipos, y falta de formación específica, su tarea no se limitaría a la asistencia de pacientes y familias sino que incluye con el mismo nivel de importancia al trabajo con los profesionales, estimulando en la formación y en la práctica médica, un **ideal médico humanístico-ético de "cuidado de la persona enferma en etapa terminal"**, de la misma categoría que el ideal de erradicación de las enfermedades, priorizando en extremo la dignidad humana.

CONSIDERACIONES FINALES

La temática planteada de la atención de pacientes con la vida amenazada, próximos a morir, devela una situación de crisis y riesgo por la que **transitan silenciosamente** muchos profesionales de la salud, y en la que los profesionales de la salud mental, integrantes del equipo interdisciplinario podemos intervenir.

Consideramos importante trabajar con estos profesionales propiciando el **procesamiento simbólico de la angustia** y vivencias de fracaso e impotencia al no poder "curar", al enfrentarse con la muerte de sus pacientes, que en muchos casos, al no procesarse por la vía simbólica, los lleva a "actuaciones" como:

- abandono del paciente
- obstinación terapéutica
- altas apresuradas o demoradas
- falta de explicaciones

Aspiramos favorecer en los Equipos médicos la **revisión de ese modelo tradicional de relación Médico-paciente** en que el Médico sabe y decide, y el paciente y la Familia obedecen, modelo en que se delega en los Médicos la toma de decisiones que corresponden estrictamente a la dimensión ética y subjetiva.

Intentamos, a través de este abordaje, que los profesionales recuperen su importante rol de **“cuidar”**, para el que la Universidad no les ha brindado formación y fundamentalmente, prevenir el Síndrome de Burnout, o de agotamiento emocional.

Es necesario intervenir para que se arribe a **decisiones lo más autónomas, reflexivas y consistentes posible**, a través de un verdadero **proceso deliberativo de consentimiento informado** entre Pacientes, Familiares y Equipo Médico tratante, del que surjan las decisiones entre las opciones diagnósticas o terapéuticas que se le ofrecen como alternativas, explicando riesgos y beneficios (y corroborando que paciente y familia hayan ido comprendiendo la información recibida, y las posibles consecuencias de una u otra acción, hayan podido plantear sus dudas y sus propios límites).

Esta **nueva redistribución de poderes y responsabilidades entre Médicos y Pacientes**, a diferencia del Modelo Paternalista, reubica a los Médicos en el lugar de autoridad médica, basada en los conocimientos científicos concernientes a la enfermedad, quedando del lado del paciente el saber sobre su subjetividad, sobre qué vida quiere vivir, cómo y cuánto, qué es vida y qué es muerte digna para él.

Es decir, **al paciente, devolverle la palabra**, para que puedan recuperar algo del control que han perdido por su misma situación de enfermedad, o por la posición de objeto en que han quedado ubicados.

Al médico darle un lugar para realizar un reordenamiento, donde la **subjetividad pueda ser detectada en las dificultades del ejercicio de su función** y puesta en juego fuera de la relación con su Paciente, de manera que ambos consigan recuperar sus respectivos espacios, para que el Acto Médico pueda llevarse a cabo.

Creemos importante añadir, que los profesionales que trabajan en Cuidados Paliativos y Psico-oncología, no intervienen desde un “saber hacer acerca de la muerte”. Por el contrario, es desde la vida y por la vida que intentan arrancarle al tiempo una decisión, un deseo, un acto, que son expresión de vida hasta el último momento en que se puede suponer un sujeto en la palabra encarnada, para que no muera antes de su propia muerte clínica.

Es nuestra intención que de la atención a estas realidades institucionales y su divulgación a la comunidad científica, se abra un debate compartido multidisciplinariamente, del que puedan surgir respuestas más esperanzadoras

IV-BIBLIOGRAFÍA

- Alizade, A. *Clínica con la Muerte*, Amorrortu Edit. Buenos Aires 1995.
- Alizade, A. El paciente por morir Psicoanálisis Vol XV N° 2
- Aries P. El hombre ante la muerte Taurus 1983
- Clavreul Jean. El Orden Médico, Argot 1983
- Freud S. De guerra y de muerte. 1915 Amorrortu Edit
- Freud S. La Transitoriedad 1915 Amorrortu Edit
- Lacan J. Psicoanálisis y Medicina -
- Gherardi Carlos R. La dignidad de la libre elección de los Pacientes terminales.
- Rimbault Ginette El Psicoanálisis y las fronteras de la Medicina -
- Sibila, Paula “El hombre postorganico. Cuerpo subjetividad y tecnologías digitales”, Buenos Aires, Fondo de Cultura Economica, 2005