

PACIENTES, ENFERMEROS Y MEDICOS: HUMANIZACIÓN EN TIEMPOS DE COVID

Exposición dentro del Plan Nacional de Capacitación para el Personal de la Salud del MSP.

Puede verse en:

<https://www.youtube.com/watch?v=VvhohlxDI-o&list=PL4O9exeLSKwyYdzgTiwX9SCYWtvdiqv7n&index=14>

Humberto Correa

4 de Mayo de 2020

(I) HUMANIZAR

Dentro de los actos que podemos realizar, la asistencia a personas enfermas es uno de los que por su naturaleza está llamado a ser plenamente humano y humanizante. Es la respuesta del que se preparó para asistir y declaró y se comprometió a asistir, al pedido del que ha sido golpeado por la enfermedad, padece por ello, ve cambiada su identidad de persona que goza de salud y ve amenazado su proyecto de vida. De acuerdo Edmundo Pellegrino considera que es uno de los actos moralmente más valiosos que puede realizar el ser humano y según dichos del médico romano Scribonius Largus (Siglo I d.c.) debe ser ante todo un acto compasivo (Medicina es "Humanitas").

Si bien existen muchas enfermeras y muchos médicos compasivos (y muchos otros que tienen cierta tendencia a serlo pero no lo llevan a la práctica) esta no es la regla. La modalidad de enseñanza, los déficits de organización, el cansancio del multiempleo, el no ser a veces más que un funcionario con un número y principalmente y ante todo el ser moldeados por el paradigma cultural occidental dominante han hecho que ser compasivo, incluyendo consolar y escuchar a los enfermos sean consideradas por muchos "monedas sin valor que quedan para los perdedores". Nuestra marcha socio/cultural se caracteriza por ostentar algunos logros valiosos, al menos en Occidente, como son: mayor respeto por la libertad individual, reconocimiento de los derechos de la mujer, incorporación de los grupos minoritarios, incremento impensado de las comunicaciones, información hiperabundante y avances increíbles en conocimientos técnicos. Sin embargo para la mayoría de las personas los logros que esperan y por los cuales se guían muestran un individualismo rampante: lo que vale es la riqueza (el dinero), el poseer cosas, el poder y el triunfo en la sociedad; "esas son las monedas de oro". El desarrollo equilibrado, la fraternidad y la compasión por los débiles, el fuerte deseo de justicia están realmente presentes en la mente de una minoría o es una minoría la que tiende activamente a ello. Nos hemos extendido en este factor (el imaginario cultural, la conciencia colectiva) por ser un influyente principalísimo en la formación de las personas a causa de que permea el hogar, la educación, la formación profesional y las organizaciones asistenciales.

Esta fuerte corriente de influencia es la que trata de cambiar toda la formación humanista que ha surgido en muchas instituciones formadoras de profesionales de la salud y que asoma tímidamente en pocas instituciones asistenciales.

La asistencia a los enfermos siempre debe ser humanizada y humanizante. A todos y en todo los casos. Hace dos meses que la llegada de la pandemia por COVID a nuestro país ha puesto en carne viva la sensibilidad y el miedo y ha acentuado la necesidad , más que nunca, de incentivar una postura humanista, explicitarla , difundirla y practicarla.

(II) ¿EN QUE CONSISTE HUMANIZAR LA ASISTENCIA?

Humanizar la asistencia es considerar todos los aspectos que tienen como persona el paciente y quienes lo cuidan y tratan, reflexionar sobre como modifica esos aspectos la pandemia actual y bregar a la vez por el mayor bienestar de ambos. Para ello es fundamental practicar la empatía , el respeto y dialogar escuchándose mutuamente paciente y cuidador , cuidadores y familias y cuidador y cuidador(enfermaras/os y médicos/as). Es querer realmente el mejor bien del paciente y el propio. La intención y acción humanizante va en dos sentidos: hacia el paciente y hacia quien lo cuida y trata.

Conversar con el enfermo, una conversación no es un interrogatorio ni una entrevista. Una conversación es un encuentro entre dos que se escucha mutuamente y se cuentan sus sentires. Las personas que cuidamos paciente debemos tener en cuenta su narrativa (su relato). Lo que el enfermo dice no es una declaración ni una definición y clasificación de sus lesiones, dice mucho mas. Ese “mucho mas” hay que saber escucharlo, hay que poder atención, hay que mirar solo eso por un rato, tener interés en eso y no en otra cosa. Si procedemos de esa forma comenzarán a tener significado sus palabras y sus silencios, la inflexiones de su voz, las repeticiones, sus queja y sus suspiros, sus interrupciones y sus lágrimas.

El paciente nos tiene delante y espera una devolución. A veces no espera que le expliquen todo- lo cual también es muy bueno procediendo con paciencia y repitiendo - sino espera conversar de algo, que el otro le diga algo de si, algo importante de él mismo. De esa forma podrá conocerlo, podrá sentir que tiene otra persona delante y no “un profesional” solamente. Mas ahora que casi no los ve detrás de las medidas d protección que tapan los ojos y la boca que son los dos lugares donde las personas “adivinan “al otro. Un paciente asistido por personas totalmente protegidas contra el coronavirus es como un ciego. El es como un ciego para interpretar la cara del otro. No puede verla casi. Entonces nos queda la voz y la intención, nos quedan las inflexiones de nuestra voz y nuestra afectividad. Estos son vehículos magníficos para darse a conocer y para hacerle saber que el que lo cuida es una persona que está con él que lo comprende y que procura su bienestar.

(III) EFECTOS PSICOAFECTIVOS DE LA ENFERMEDAD SOBRE LA PERSONA:

El que enferma de algo importante y es internado por ello ha pedido dominio sobre su cuerpo. No puede ordenarle al cuerpo que haga cosas que normalmente realiza. El dominio del cuerpo es un componente de la identidad de cada uno. Yo soy Yo y lo soy también porque soy mi cuerpo, porque mando sobre mi cuerpo. Los que enferman muchas veces consideran a su cuerpo como un enemigo, como un traidor y entonces lo sacan de si: “ese traidor es otro , no soy yo”

El enfermo tiene miedo. Tiene miedo de morir. El miedo de que se termine la vida es una emoción común de todas las personas en mayor o menor grado. Pero la gente que no está enferma, en su rutinas de todos los días lo deja de lado, pasa un velo sobre la certeza de que la vida es finita y sigue adelante experimentando otras emociones. Sin embargo al paciente se le apareció de golpe esa certeza. Tiene miedo y ansiedad. Mas ahora que el fantasma de la neumonitis por coronavirus pende sobre la comunidad como una gran espada de Damocles. Al enfermo que está internado por eso le cayó la espada encima!!

Por otra parte siente culpa. Culpa porque imagina que la enfermedad es en realidad un castigo por algo malo que hizo antes Y ¿Quién no hizo algo malo en mayor o menor grado? Y siente culpa porque le causa molestias a los suyos y porque ha dejado desprotegidos a sus hijos o a sus padres o consorte. Todo esto confluye en un sentimiento de angustia muy fuerte en muchos pacientes.

Actualmente se agrega otra consecuencia: el enfermo está aislado, está solo. No tiene visitas de los seres queridos. Hay que tener en cuenta que está solo cuando más necesita compañía.

Frente a esta situación de debilitamiento identitario, culpa, miedo, ansiedad, soledad y angustia, el papel de los médicos y las personas de enfermería es sumamente importante para “rehumanizar” al enfermo. Si la conducta de quienes lo cuidan y tratan es capaz de hacerle sentir que delante de él tiene otra persona y no un funcionario o un profesional, entonces el enfermo se sentirá realmente acompañado. Esto requiere al menos dos requisitos: 1) que no se hable delante de él o cerca de él del problema que lo aqueja sin incluirlo en la conversación y 2) que se tenga por un rato, a veces por unos minutos una actitud de mirarlo, escucharlo, de querer compartir con él porque se sienten fraternos. Y si no sienten la emoción de la fraternidad igual deben detenerse, mirarlo, sentarse si se puede y hablar con él sencillamente algunas frases en las cuales pongas algunas cosas de si mismos.

Si se comportan con empatía van a transmitirle un poco de solidaridad, un poco de presencia real es decir un poco de amor. Amor en sentido global, que será diferente al que se tiene con una pareja, un hijo o una madre, pero será amor. Y frente al fantasma de la muerte el único antídoto que existe es el amor.

(IV) EL OTRO: EL QUE ESTA FRENTE AL ENFERMO

Frente al paciente (cuidándolo tratándolo) hay otra persona cuya vida también debe ser humanizada.

Las enfermeras y los médicos a los cuales la vocación los llevó a esto y no han abdicado de su empatía, el ejercicio de la profesión les proporciona gratificaciones y también dolores. A aquellos que el cuidado y tratamiento de pacientes los gratifican se comprometen con la tarea. Cuando la está haciendo es lo más importante de su vida. Pero a la mayoría ese mismo compromiso les traerá tensiones y dolores. Una vez comprometidos serán casi un siamés con el paciente: sufrirán con él y casi morirán con él. El contacto prolongado con el sufrimiento y la muerte,

sumado al exceso de trabajo, al ejercicio profesional en malas condiciones, al no ser considerado como humano por las organizaciones y peor aún si hay rivalidades, desentendimiento y falta de compañerismo en los equipos, eso hace mella en cualquier espíritu. Muchos funcionarios de la salud sufren de estrés permanente, y el estrés permanente termina en burnout: “no quiero más”, “no puedo más”, “quiero irme de aquí”, “quiero hacer otra cosa” o finalmente “ya no quiero hacer nada, pues nada me atrae ni me motiva”

Para muchos médicos y enfermeras que cuidan y tratan pacientes internados y más aún si son graves ¡Eso ocurre de ordinario ¡ ¡No solamente durante la epidemia de COVID! Y a esa línea de base de estrés, ansiedad y malestar se suma ahora el efecto de la epidemia de COVID y el miedo por el riesgo de contagio y eventualmente de muerte. ¡ Son riesgos reales! NO puede decirse lo contrario pues el colectivo que tiene proporcionalmente más de sus integrantes infectados es el ámbito de la salud.

Quizá esta oportunidad en que la cuerda – que fue ignorada- se tensa al máximo sea propicia para encarar no en forma episódica sino duradera y quizá definitiva la medida paliativa que pueden corregir muchos de estos problemas. Sería sacar algo bueno de lo malo, que es lo que hace muchas veces mantener vivas a las comunidades humanas.

Pero hay medidas paliativa inmediatas (paliativas, ya que las “curativas” llevarán bastante tiempo de trabajo inteligente persistente y humanizante) que pueden ponerse en práctica cuando se ha llegado al punto de..... “ya no puedo ni pensar correctamente”....

Una medida simple - generalmente no pensada o dejada de lado como no importante- es hacer reuniones de grupos del personal que trabaja en las UCI por ejemplo. Todos: enfermeras, médicos y otros implicados en el trato directo con pacientes. Reuniones periódicas en un ambiente amistoso en que no se converse de problemas clínicos o de manejo de pacientes sino de “nosotros”, de las desazones, miedos, ansiedades, angustias de las personas que forman parte de los equipos. Pueden hacerse con o sin el apoyo de un psicólogo/a. A veces este profesional es necesario para abordar problemas específicos, pero quizá lo fundamental es hablar desde adentro sabiendo que uno es escuchado y compartir la carga. Sacar afuera los fantasmas hace que estos se debiliten y uno recargue el ánimo, sobre todo si se siente cierto grado de solidaridad y fraternidad en los compañeros.