

# Caso de María analizado desde un grupo de reflexión

**Autores :** Charo Elcuaz ,Carmen Fuertes ,Malen Ortega ,Elena Yanguas, M<sup>a</sup> José Zabalegui.

**¡Atención!** :

**instrucciones**



**Si te asusta tanta letra.....**



**...tú lo puedes abreviar..**



**...saltando con tu vista...**



**...por las letras azul claro...**



**..y más claro lo verás....**



**Gracias por tu interés.....**



## INTRODUCCIÓN

El objetivo es transmitir la **experiencia** de trabajo en un **grupo de reflexión**, como **herramienta de mejora** de habilidades en la **relación** con el paciente. El grupo está formado por una enfermera ,11 médicos y un psiquiatra como conductor. Se realizan sesiones mensuales de 2'5 horas en las que se **relatan casos** ,que los participantes traen, sobre todo por su **impacto emocional**. Se trabaja con **técnicas verbales y psicodramáticas** ,se **provocan y analizan sentimientos, emociones y reacciones**, descubriendo aspectos **inconscientes** que **influyen** nuestra relación con los pacientes. Tras **trabajar cada caso** se recogen **aportaciones**, evitando la **respuesta única correcta** ,la **interpretación**, norma de actuar ,**juicio ó crítica personal**, dejando a la reflexión **individual la interpretación y reencuadre**. Ante la **dificultad de reflejar fielmente** la espontaneidad de una sesión, intentamos **acercar la experiencia** a través de uno de los casos que el grupo consideró que su discusión había tenido una gran riqueza.

## CASO DE MARIA

María es una **mujer de 80 años** que vive en un pueblo, con **limitaciones de movilidad** y caídas frecuentes por su Parkinson, por lo que se **traslada a Pamplona** con una **hija, Juana**, su marido y sus 2 hijos. Juana cuida bien de María. Acude el día después de Reyes. Yo estoy con mi **residente**. Las **consultas están saturadas** y ocupados los 37 huecos de la agenda ,se **citan a los "urgentes"**. Juana dice que aunque sea el nº 40 hay que **ver a su madre hoy**. Juana encuentra a María **más abatida, cansada** y con tos desde hace varios días, aunque **sin fiebre**. Me comenta si **conveniría ajustar el tratamiento del parkinson** y hablamos de ello. Le exploro y ausculto, todo es **normal** incluida la saturación de O2y dadas las dificultades de movilidad, **decido no desplazarla para Rx** y dado que el estado general me parece **acceptable** le doy **tratamiento sintomático** diciendo que si **no mejora vuelve** . A los 6 días viene Juana muy **enfadada**. Se fueron e l fin de semana al pueblo y allí María se **cayó** y en el CS, le enviaron a **urgencias** donde hicieron **Rx** y le **diagnosticaron neumonía**. Juana cree que cuando les atendí, **no me preocupé lo suficiente** y por ello **no diagnosticué** la neumonía y me echa en cara que **no viene mucho** y que **para lo poco que viene, debía estar yo más atenta** con los pacientes, como lo hacen otros compañeros

## ROLE-PLAYING

Se actúa la escena, poniendo entre todos voz libre a los **pensamientos y sentimientos** de los personajes y luego cada persona comenta como se ha sentido:

**Paciente:** He echado en falta que la médica me **mostrase** que está afectada por lo ocurrido, y **comprendiese** la **preocupación** de mi hija, también **creo** que mi hija ha sido **muy dura**....Han estado **discutiendo** y a mí apenas me han hecho **caso**

**Médica:** He tratado de **contenerme** y es un arma de **doble filo**, me permite **disculparme** y **no desbordarme**, pero me impide **mostrar sentimientos** que a veces los pacientes necesitan que mostremos. **me congela** y me **dificulta recuperar** la empatía. Pienso:¿Qué es lo que me está **doliendo de verdad?**: equivocarme, ó que me lo **critique** la paciente , **sentirme acusada ó culpable** . Los **prejuicios** que a la paciente le ha causado **mi error** , **no haber sabido transmitir** mi interés por ella , **percibir su intención de herirme** , la **comparación crítica** con mis compañeros , la **sensación** de que **no soy tan buena** como pensaba ,mi **propia imagen ó la imagen** que la residente puede tener de mí se tambalea .

## ALGUNAS REFLEXIONES

A veces me es **difícil transmitir suficiente seguridad** a los pacientes y pueden sentirse **desvalidos**

Me cuesta **aceptar** los errores, aunque sean **inevitables**, me siento **culpable**, en **deuda**, como si tuviera que **pagar** mi error...

Si reflexiono sobre los **reproches** o la **agresividad** del paciente e **intento entender desde dónde** lo hace , **sin defenderme** puedo **ayudarles** mejor.....

Tras cualquier comportamiento, suele haber una **razón**, aunque sea equivocada, que puedo **llegar a comprender** si **aprendo a escuchar**

Tal vez con un **buen cierre** de la entrevista **previa**, **compartiendo** las decisiones, hubiera ido **mejor**.....

¿Qué le hace a Juana pensar que no ha habido **interés?**¿Puedo **perdonarme** y **aceptar** mis **limitaciones?** ¿**pueden** hacerlo los **pacientes?**

¿Tengo **derecho** a una **disculpa?**¿**Cuánta crítica, desconfianza, culpabilización, ó agresividad** puede **asumir** cada cuál?¿**Cuál** es el **límite** que pone en **entredicho** una **relación terapéutica** futura?

¿**se debe ofrecer** el **cambio** de médico ó de paciente?

**No olvidar** que la **relación** es **larga en el tiempo** ,se puede **reconducir**, citarle otro día, prepararse, tras el **consiguiente trabajo emocional y reflexivo** ,dejar que el paciente se **vacíe, recobrar** la **empatía, la confianza**

## EMOCIONES SURGIDAS

Injusticia, **agresividad**, el **bloqueo emocional** **represión** ,la **disociación** ó la **proyección** como **defensas**, la **irritación**, la **ira** ,la **culpa**, el **dolor**,la **omnipotencia**,la **asertividad**, **poner límites**,la **desconfianza**,el **sentimiento** de **deuda** ,la **autoestima dañada**, **inseguridad**, **falta de reconocimiento** ,la **ofensa**, **aceptación**,**comprensión**

## ME RECUERDA TAMBIÉN.....

Al familiar **ausente** que cuando viene, todo son **exigencias**, proyectando en el profesional sus **propias culpas**

A algunos pacientes que de forma **habitual** ,sin **motivo aparente**, se muestran **hostiles**....

Al familiar **invasivo**, que te culpa y tiendes a **entrar en discusión** ,**dejando de lado** al paciente....

## ALGUNOS ANALISIS

Cuando ocurren **errores** es importante pensar en los **condicionantes**:

**\_El contexto** :la **prisa**, el **cansancio** ,**exceso** de pacientes seguidos , otras **tareas que esperan** ....

**\_La situación personal** :preocupaciones que **distraen** la **atención**

**\_Descuidar** la **comunicación** no verbal, puede **reflejar** lo anterior y ser **percibido** por el paciente como **desinterés**....

## CONCLUSIONES

Valoramos muy **positivamente** el trabajo con casos en el grupo de reflexión. Percibimos **mejora** en la **capacidad de introspección**, de **autoconocimiento**, **conciencia** de nuestros **límites** de **tolerancia**, nuestras **defensas** y **reacciones inconscientes habituales**, **mejor comprensión** del paciente y de la **relación**. **Compartir dificultades**, con la **orientación** del psiquiatra nos ha **ayudado a normalizarlas** y a **avanzar** en la **mejora personal-profesional** y de **trabajo en grupo**.

**Agradecemos a Gregorio Armañanzas , psiquiatra conductor del grupo por su ayuda**  
**y al Servicio Navarro de Salud por creer en el proyecto y facilitarnos su financiación**