

¿ES LA ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA UNA TÉCNICA DIAGNÓSTICA MÁS? Cuidando al cuidador

Rosario Valdés^a, Pía Correas^b, Mercedes Viera^c

Resumen

A partir de 20 años de trabajo clínico en la maternidad, se han desarrollado distintas líneas de intervención con las pacientes y el equipo de salud. En base a esta experiencia se creó un programa de formación continua –a nivel nacional– dirigido a ecografistas, con el objetivo de disminuir el impacto personal (*burnout*) que la práctica de la técnica diagnóstica genera a partir de la relación médico-paciente, y mejorar las habilidades y destrezas de comunicación. Se trabajaron aspectos teóricos relacionados a la comunicación, enfocados desde las características emocionales y vinculares propias de la mujer embarazada. A partir de este marco teórico general se trabajó con metodología de talleres (*focus groups*), la comunicación en la realización de la ecografía, la comunicación de malas noticias y el impacto en el profesional en este proceso. Este trabajo busca transmitir el material recabado a partir de un trabajo de autoobservación y autorreflexión de diferentes grupos de ecografistas, del cual surgen situaciones de alto impacto emocional relacionadas con el ejercicio de su profesión y las estrategias creadas por ellos (mecanismos de afrontamiento) para la resolución de los mismos. De este material surgen nuevas guías para la prevención del *burnout* del equipo de salud.

Palabras clave: ecografía obstétrica, mala noticia, comunicación, *burnout*, ecografista.

Abstract

After 20 years of working in the maternity clinic, we have developed different lines of intervention with patients and the health team. Within this line of work we created a training program nationally directed to sonographers, with the aim of reducing the personal impact (*burnout*) from the practice of the diagnostic technique and to improve the physician-patient relationship. Theoretical aspects related to communication focus from the emotional and relational characteristic of the pregnant woman, were discussed. From this general framework, a series of workshops (*focus groups*) specifically on communication in the implementation of ultrasound, breaking bad news and impact on health professionals in the process. This work seeks to convey the collected material from a work of introspection and self-observation of different groups of sonographers that arise situations of high emotional impact related to the exercise of their profession and the strategies created by them (*coping mechanisms*) for the resolution. The material obtained brought new elements to guide the health care team to prevent *burnout*.

Key words: prenatal ultrasound, bad news, communication, *burnout*, sonographer.

Introducción

¿Es la ecografía obstétrica una técnica diagnóstica más?

Si bien la ecografía obstétrica es un diagnóstico por imagen, al igual que la resonancia magnética (IRM) y la tomografía computada (TAC), las características de la comunicación del profesional con el paciente y las expectativas de información que tiene el paciente durante la realización de la misma difieren ampliamente de las otras técnicas mencionadas. La mayoría de los pacientes consideran al profesional que realiza una IRM y una TAC como un mero ejecutor de una técnica diagnóstica y, por lo tanto, visualizan a su médico tratante como

a. Licenciada en Psicología. Unidad Docente Asistencial de Ecografía Obstétrica.

b. Licenciada en Psicología. Profesora Adjunta de la Cátedra de Psicología Médica.

c. Licenciada en Psicología. Profesora Adjunta de la Cátedra de Psicología Médica.

Unidad de Ecografía Obstétrica. Clínica Ginecotológica B. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

Contacto: Rosario Valdés. www.rosariovaldes.com.uy

aquel quien le va a informar y explicar el resultado de dicha técnica. A esto se suma que estos tipos de diagnósticos no son de uso habitual (por su indicación, accesibilidad y costos), por lo tanto se reservan a aquellos pacientes que ya tienen algún síntoma orgánico y por lo tanto es parte del despiste diagnóstico.

La ecografía obstétrica forma parte del diagnóstico de rutina en los controles del embarazo normal y la mayor parte de los diagnósticos realizados corresponden a fetos sanos. Por lo tanto, el uso social y lo esperable por el usuario durante una ecografía es la información inmediata de todo aquello que sea visto en la pantalla.

A esto se suma que el encuadre de la ecografía obstétrica se caracteriza por la cercanía física real del profesional con la paciente, de compartir lo visto en la pantalla en forma simultánea con ésta. El profesional está, al mismo tiempo, viendo y diagnosticando, queda en evidencia el lenguaje de su cuerpo, lo gestual y la expresión no verbal es decodificada por la paciente.

“Los diálogos se instalan a veces con un carácter técnico e informativo, otras veces están cargados de ansiedad, duda y expectación. Un silencio del técnico en un momento de expectación puede aumentar la ansiedad de la paciente, una palabra tranquilizadora en el momento oportuno puede aplacar la misma.”¹

Por el contrario, los técnicos que realizan las TAC y IRM se encuentran en otro ambiente, separados por un vidrio y la comunicación con el/la paciente se realiza a través de intercomunicadores. Si bien en la voz existen elementos que se relacionan con la prosodia –que también brinda información acerca del técnico que la está aplicando– en los relatos clínicos de las pacientes, no hay alusiones al impacto ocasionado por el tono de voz del profesional. Sí, en cambio, de la narrativa que las mismas realizan acerca de la ecografía se desprende claramente el impacto que produce en ellas la comunicación gestual del ecografista.

Mayor es el desencuentro cuando: “Para la gestante, el padre y los hermanos, que más de una vez acompañan en la ecografía, no se trata de un examen médico sino de un pronto encuentro social con el bebé, para ellos ya no es un feto.”⁷

Unido a esto, es importante considerar que el impacto de la imagen compartida entre el técnico, y la embarazada y su eventual acompañante, que muchas veces lleva a verbalizar un diagnóstico presuntivo, que se convierte automáticamente en una realidad, sin pasar por las sucesivas instancias confirmatorias del mismo. Los técnicos que

realizan otro tipo de diagnóstico por imagen no se ven expuestos a este tipo de situación ya que no se encuentran “cara a cara” con la paciente, ni se ven presionados a dar el informe *in situ* sobre la técnica diagnóstica que están aplicando. En estos casos, el responsable de dar la información del diagnóstico al paciente es su médico tratante que, en la mayoría de los casos tiene una historia previa con el mismo o la tendrá a futuro.

En el caso del profesional que realiza la ecografía, el encuentro con la paciente es puntual, por lo general no hay un antes, y puede no haber un después, por lo cual la elaboración y desarrollo de la información del diagnóstico queda truncado. El profesional ecografista queda cargado emocionalmente con el impacto negativo de ser el portador de la mala noticia, con un diagnóstico presuntivo que se convierte en definitivo, sin poder procesar a través de nueva información el desarrollo del caso clínico, ni el sostén emocional que implica el conocimiento de la historia en su totalidad. Es sabida la importancia que tiene para la homeostasis psíquica el poder desarrollar la “experiencia completa”.²

Objetivo general

1. Curso nivel I: tratar la comunicación médico-paciente en la ecografía obstétrica.
2. Curso nivel II: tratar la comunicación de malas noticias.

Objetivos específicos

1. Curso nivel I
 - a. Puesta al día sobre los aspectos teóricos relacionados a la comunicación enfocados desde las características emocionales y vinculares propias de la mujer embarazada.
 - b. Generar estrategias de comunicación personalizadas.
2. Curso nivel II
 - a. Explicitar y elaborar el impacto emocional que el diagnóstico adverso produce en los padres y en el profesional.
 - b. Generar estrategias de comunicación de malas noticias personalizadas.

Material y Métodos

Talleres de comunicación para ecografistas

Desarrollo de la actividad

En el marco de la formación continua acreditada por la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (Uruguay), la Unidad de Ecografía Ginecoobstétrica de

la Clínica Ginecotológica B, realiza cursos de actualización en ecografía obstétrica para profesionales en ejercicio. Los mismos están siendo replicados desde el año 2009, en cuatro regiones departamentales que abarcan la totalidad del interior del Uruguay así como en la capital, Montevideo.

Los cursos se dictan en dos niveles de cinco módulos cada uno. El departamento de Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la UdelaR, dicta seminarios-talleres integrados a la jornada de trabajo, como parte de la currícula de dichos cursos.

Las docentes a cargo de la coordinación de dichos seminarios-talleres son dos psicólogas docentes integrantes de la Unidad de Ecografía Ginecoobstétrica.

La asistencia a dichos cursos oscila entre 9 y 15 participantes cada uno. Habiéndose alcanzado hasta la fecha una asistencia de 40 profesionales en ejercicio tanto en el ámbito público como en el privado. 37 ecografistas eran médicos obstetras y 3 médicos imagenólogos.

En el interior del país fue habitual la situación en que el ecografista era también el obstetra tratante, no así en la capital. Es de destacar también la heterogeneidad en la formación profesional de dichos ecografistas, algunos con una vasta experiencia de años de ejercicio y otros aún en formación.

Los seminarios-talleres forman parte del módulo 1 (crecimiento fetal) del nivel I y módulo 1 (translucencia nugal) en el nivel II. Cada seminario-taller tiene una duración de 90 minutos, distribuidos en tres instancias:

1. Teórica.
2. Taller y plenario.
3. Teórica de cierre.

Luego del seminario teórico, a través de dinámicas de taller (*focus groups* con observador participante), los participantes intercambian experiencias vividas a lo largo de su práctica. Se utiliza como disparador un juego de tarjetas que evocan distintas situaciones que surgen de la clínica y se pide a los profesionales que reflexionen acerca de las mismas, haciendo foco en:

1. Curso nivel I

- a. Los sentimientos que se despiertan frente a las distintas situaciones (autoobservación).
- b. La manera en que consideran que enfrentarse a éstas repercute en su tarea diagnóstica (autorreflexión).
- c. Cómo actúan en cada situación (resolución de problemas).

2. Curso nivel II

- a. Focalizarse en alguna situación en la que tuvieron que comunicar una mala noticia y la respuesta que tuvo la madre al recibir el diagnóstico adverso (habilidades comunicacionales).
- b. Principales dificultades y obstáculos a los que se vio enfrentado.
- c. Cuáles fueron los sentimientos que surgieron en ellos
 - i. Al reconocer la situación de diagnóstico adverso.
 - ii. Al tener que comunicarlo a la madre.
 - iii. Luego de concluida la consulta.
- d. Cómo siguió la relación médico-paciente con esta madre.
- e. En el caso de haber habido acompañantes, qué rol jugaron en este proceso.

Resultados

Las respuestas más significativas obtenidas a lo largo de los distintos talleres (tanto en el nivel I como en el nivel II) se centraron en las particularidades de enfrentarse a un diagnóstico adverso.

1. Los ecografistas hacen hincapié en:
 - a. Las barreras que presenta la paciente relacionadas con:
 - i. Las defensas de la madre (negación, represión, inhibición).
 - ii. Los sentimientos de culpa relacionados con su rol materno referidos a generarle daño y no bienestar a su bebé.
 - b. El contexto de la paciente al momento de realizar el estudio (edad gestacional, primípara, añosa, historia obstétrica previa, entre otros).
 - c. La respuesta emocional de la paciente, explícita en conductas de llanto y/o enojo en el momento de recibir la información, "la madre puede aceptar o no lo que está escuchando", "la madre no entiende", "la madre presenta sorpresa, decepción, frustración", "muchas veces reclama: soy sana, me cuido, ¿por qué me tiene que pasar a mí?", "primero expresa negación, llanto, después vienen las culpas", "es diferente según las distintas edades gestacionales, sobre todo a partir de que la madre lo siente mover".
2. Los ecografistas viven como principales dificultades y obstáculos:
 - a. El peso de tener que dar una garantía sobre una técnica que ni es infalible ni lo diagnóstica todo.

- b. Verse como depositarios del afecto negativo y devastador que surge de la mala noticia.
- c. Sentirse que deben metabolizar el impacto emocional que genera el diagnóstico en la paciente; para no sentir que ocasionan nuevo daño, perder contacto con el desarrollo futuro de la situación que se generó. Quien continúa con los sucesivos estudios o da una segunda opinión, es vivido como un “salvador”.
- d. Ejercitar la autorreflexión para no actuar desde los propios preceptos y prejuicios convirtiéndolos en “asesores técnicos”, “las madres preguntan mucho, quieren el pronóstico y uno no tiene las respuestas”, “hay pacientes que les das una mala noticia y se tiran por el puente”, “no comprende el cambio de escenario (desde un ‘evento social’ a la ‘mala noticia’)”, “la segunda opinión es la salvadora: el primero que ve la patología es ‘el malo de la película’ y por parálisis deja de ver otras cosas”, “uno tiene que luchar contra los propios prejuicios”, “hay situaciones en las que uno es categórico y no se genera dificultad porque sabemos que sólo hay una vía posible: la interrupción”.
3. Al reconocer la situación de diagnóstico adverso los ecografistas sienten angustia, enojo, culpa e inseguridad ante la fidelidad de la información dada: “por lo general me crea mucha angustia”, “necesidad de estar seguro que uno no cometió un error”, “estar seguro, porque uno va a tirar una bomba inesperada”, “¿no me habré comido algo en los controles?” (en los casos en que el/la ecografista es también el/la médico tratante), “si soy el médico tratante, en el caso de un óbito, me pregunto si me habré comido algo que desencadenó en esto”, “¿por qué me tiene que estar pasando a mi?”, “¡justo a mí me tenía que tocar!”.
4. Al tener que comunicarlo a la madre aparece como mecanismo de afrontamiento un período de latencia entre lo que ve el ecografista en la pantalla y la efectiva verbalización del diagnóstico. El profesional aprovecha este período para generar una estrategia que le permita abordar la situación planteada para minimizar las consecuencias inmediatas del impacto de la mala noticia: “uno demora un poco de tiempo para poder procesarlo uno mismo”, “me tomo unos minutos (una pausa para pensar qué le digo)”, “a veces me encuentro que sigo pasando el transductor sólo como un masaje, mientras voy pensando qué decirle”, “buscar qué palabras pueden decir la verdad, pero cuidando a la madre”, “buscar el mejor lenguaje”, “decir lo justo, ser claro”, “¿estaré informando bien?”, “qué se dice y cómo se dice va a tener repercusión en la relación”.
5. Luego de concluida la consulta prima el malestar emocional (angustia, tristeza), así como el temor al propio error. Puede haber satisfacción si se logra una “experiencia completa” con un feedback entre paciente y médico durante el desarrollo de la situación de diagnóstico e información. “Si lograste hacerlo bien, de la forma más médica posible, te quedás conforme”, “me amargo”, “quedo triste”, “uno sigue pensando en el diagnóstico: ¿fui adecuado?”, “a veces es más fácil si sos el médico tratante (por el vínculo previo)”.
6. La mayoría de los profesionales refieren dificultad de mantener la relación médico-paciente una vez ocurrido el diagnóstico. “En general la experiencia no es buena, uno es el receptor de las culpas”, “depende de cómo fue tu actitud en el momento de la mala noticia”, “uno es el portador de la mala noticia, el generador del daño”, “cuando la paciente tiene un buen nivel de comprensión, se da después un mejor vínculo. Depende mucho de las palabras que usamos”, “en general la mala noticia provoca un alejamiento de la paciente y de su entorno familiar”.
7. En general los profesionales encuentran más dificultoso el manejo de la situación cuanto más personas se encuentran presentes. En los casos de enfrentarse a un diagnóstico adverso, los acompañantes suelen funcionar como sostenedores/aliados dado que son quienes leen la gestualidad del ecografista –antes que la embarazada– y van allanando el camino, previo a recibir la información, mediante conductas de acercamiento y sostén. “En algunos casos complican, pero en otros pasamos a ser los referentes para esa familia”, “hay algunos que acompañan, pero otros están sólo para tirar tierra”, “cuando es sólo uno, en general cumple el rol de contención”.

Discusión

La técnica ecográfica está compuesta, por sus mediciones cuantitativas informatizadas que le otorgan la base objetiva al estudio y, por otra parte, se apoya en la interpretación clínica de la lectura de la imagen. Es en este espacio de la técnica donde puede llegar a aparecer la angustia, ansie-

dad y temor del ecografista de tener que brindar un diagnóstico adverso. Gourand (1999), ecografista francés, plantea que: “hacer una ecografía es como la tarea de atravesar un campo minado, uno no sabe de antemano si la mina va a explotar o no, pero uno tiene la misión de ir a ver si hay algún detonador que esté activado. En una ecografía se hace el mismo trayecto, uno parte de una sospecha para despistar una posible anomalía.”⁶

Las características personales del profesional, su ética y sus creencias, atravesarán la lectura y por lo tanto influirán en el estilo de comunicación de la mala noticia. Por ejemplo, en aquellos profesionales donde la interrupción del embarazo no genera un conflicto ético-religioso, encuadrarán el impacto de la noticia a dar desde este atravesamiento.

De igual manera, otros elementos que hacen a la situación específica de esta embarazada (ej. bebé muy deseado, embarazos múltiples en situación de alto riesgo psicosocial, fertilización asistida, entre otros) que el técnico conoce, al momento de realizar su exploración, podrían influir en la interpretación clínica de la imagen. Es en estos casos donde la angustia y la ansiedad por el error diagnóstico surgen, sintiéndose presionados por la situación de la embarazada. Los padres se acercan a la ecografía buscando, ante todo, una “garantía de normalidad”.⁵

Missonnier³ desarrolla el concepto de “turismo parental” refiriéndose a la actitud emocional de los padres, ante la ecografía de “conocer” a su bebé que se desencuentra con el discurso y el fin médico de hallar una posible anomalía. Ecografistas y futuros padres tienen un objetivo común en apariencia: ver si el futuro bebé “va bien”.⁴ Puede darse la contraactuación de responder a este pedido mediante una “sobreinformación” de lo no hallado (“hasta donde la técnica permite ver está todo bien, pero...”) que, paradójicamente, aumenta la ansiedad de los padres.

El ecografista se posiciona como continente y favorece el pensamiento, ayuda a la construcción de la parentalidad, pero, por otro lado, también puede colaborar a aumentar la angustia y los mecanismos defensivos poco adaptativos.

La mujer embarazada y su pareja, a veces buscan en quienes les asisten más seguridad y apoyo que información técnica sobre la salud del feto. Es así que los ecografistas tendrán una gran incidencia en el proceso en que los padres representan a su bebé, especialmente en aquellos casos que se detecta una anomalía en desarrollo o anatomía del feto.⁴

El desarrollo de los talleres con ecografistas ha dado muestra de la necesidad de espacios conjuntos para reflexionar sobre las implicancias de la tarea que realizan. El apropiarse de este espacio para la autoobservación y la autoreflexión en grupo, se visualiza en el material recabado en el presente trabajo.

La propuesta de evaluación posterior, a través de un compromiso de cambio de cada uno de los participantes, está todavía en proceso de realización ya que aún no se ha llegado a los tiempos marcados para poder comparar todos los talleres. Del cierre de trabajo de la dinámica grupal surgen distintas formas y caminos para una mejor atención a la embarazada y su entorno.

En la evaluación posterior (postest inmediato) de los profesionales, surge que poner en común los avatares emocionales no explicitados en la tarea cotidiana y reflexionar sobre ellas es protector de la actividad del ecografista. Podemos inferir que como resultado optimizaríamos la calidad de asistencia para las embarazadas.

Agradecimientos

Agradecemos a la Prof. Agda. Dra. Cristina Cordano (responsable de la Unidad de Ecografía Ginecoobstétrica) y al Prof. Adj. Dr. Marcelo De Agostini por el espacio brindado y su apoyo.

Agradecemos también a todos los profesionales que a lo largo del desarrollo de los talleres compartieron con nosotros su experiencia.

Bibliografía

1. Correas P, Valdés R, Viera M. El diagnóstico prenatal y la mala noticia. Trabajo presentado en el Simposio: Rumbo al V Congreso AUDEPP-FLAPPSIP 2009. Más allá del Consultorio II. Hotel NH Columbia. Julio 2008.
2. Winnicott D. Observación de niños en una situación fija (1941). Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Editorial Paidós, 1970
3. Missonnier S. Conferencia: Ecografía y la Consulta Prenatal, Maternidad del Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay. 2007.
4. Valdés R, Viera M, Correas P. Psicología Médica en la Unidad de Ecografía Obstétrica. Montevideo. Uruguay: Revista de la Asociación de Psiquiatría y Psicopatología de la Infancia y Adolescencia 2010 (19):160-170.
5. Cordano C, De Agostini M. Rol de la ecografía en el vínculo temprano. Trabajo presentado en el Coloquio: Vínculo Temprano. Clínica y Desarrollo Infantil. Agosto 2007. IMM.
6. Gourand L. L'échographie ou l'inquiétante étrangeté. En: Soulé M, Gourand L, Missonnier S, Soubieux MJ. Ecoute, voir... l'échographie de la grossesse: les

- enjeux de la relation. Collection A l'aube de la vie. France: Ed. Eres. Ramonville Saint-Aigne. 1999. p.31
7. Missonnier S. L'échographie obstétricale: un rituel séculier d'initiation a la parentalité? En: Soulé M, Gourand L, Missonnier S, Soubieux MJ. Ecoute, voir... l'échographie de la grossesse: les enjeux de la relation. Collection A l'aube de la vie. France: Ed. Eres. Ramonville Saint-Aigne. 1999. p. 137
 8. Gourand L. L'échographie ou l'inquiétante étrangeté. En: Soulé M, Gourand L, Missonnier S, Soubieux MJ. Ecoute, voir... l'échographie de la grossesse: les enjeux de la relation. Collection A l'aube de la vie. France: Ed. Eres. Ramonville Saint-Aigne. 1999.

"Si usted cree que el conocimiento cuesta caro,
experimente optar por la ignorancia."

Abraham Lincoln