

# LA VIDA EN ÉTICA

(Versión preliminar, la definitiva, de la Editorial Científico-Técnica, está en el libro impreso, señalado en la parte superior)

ISBN 978-959-05-1195-0.

Año 2019



Carlos G. Gutiérrez Gutiérrez. Especialista de 1<sup>er</sup> y 2<sup>do</sup> grado en Nefrología. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular. Investigador Titular. Master en Educación Médica. Diplomado en Cuidados Intensivos. Presidente de Comités de Ética Médica, de Ética de las Investigaciones, de Cátedra de Bioética y de Consejo Científico. Tiene experiencias como director sectorial de salud, vicedirector de hospital y coordinador de trasplantes. Miembro Titular de la Sociedad Cubana de Nefrología, de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el estudio de la Sexualidad y de la Asociación Cubana de las Naciones Unidas. Médico Internacionalista en Guinea Conakry y participación en intercambios científicos en Canadá, México, Venezuela y Viet Nam. Tiene más de 100 publicaciones científicas, dentro de ellas 22 libros como autor o coautor. Ha recibido diferentes reconocimientos y condecoraciones.

Beatriz Torres Rodríguez. Licenciada en Psicología. Psicóloga Clínica. Sexóloga Clínica. Doctora en Ciencias Psicológicas. Profesora Titular. Investigadora Titular. Diplomado y Maestría en Sexualidad. Maestría en Pedagogía de la Sexualidad. Presidenta de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el estudio de la Sexualidad (SOCUMES). Ha sido presidenta de varios comités científicos entre ellos el XVI Congreso Mundial de Sexología. Fue presidenta Coordinadora de Grupo Multidisciplinario para el estudio de la Sexualidad. Miembro Titular de la Sociedad de Psicólogos de Cuba, de la Sociedad de Psicólogos de la Salud y de la Asociación Cubana de las Naciones Unidas. Participación en intercambios científicos en Canadá, Argentina, Brasil, Venezuela, Rusia, Perú, México, Bolivia, Francia, España, Colombia, Chile, Republica Dominicana y Panamá. Tiene más de 150 publicaciones científicas y dentro de ellas 30 libros como autora o coautora. Mantiene un programa televisivo semanal (CHTV y Canal Habana) desde hace más de 20 años sobre temas de sexualidad, con un imprescindible abordaje ético al igual que en su práctica clínica diaria. Ha recibido diferentes reconocimientos y condecoraciones.

## INDICE

1. Palabras en prólogo
2. Preámbulo
3. Introducción
4. De comidas y vestuarios en el comportamiento social
5. Ética y relaciones interpersonales dentro de las unidades de salud.
6. Ética en las relaciones de pareja
7. Decisiones médicas difíciles. La obtención de un consentimiento educado y un consenso colegiado.
8. El paciente en la etapa final de su vida. Una aproximación ética, lógica y práctica
9. Duelos, sexualidades, parejas y ética. De lo establecido a lo real
10. Consideraciones éticas en el tratamiento del paciente en estadio 5 de la enfermedad renal crónica en tiempos de necesidades
11. Ética y trasplantes
12. La perversión de las buenas prácticas y de los científicos en las investigaciones clínicas
13. Bibliografía

## PALABRAS EN PRÓLOGO

“Que texto tan necesario!”. Fue la expresión que a voz en pecho me salió desde que avancé en la lectura de las primeras páginas de este libro, que por la amabilidad de la doctora. Beatriz Torres, y de su compañero en la vida toda, el doctor. Carlos Gutiérrez Gutiérrez, tengo el placer y la compleja tarea de prologar: *La vida en ética*. Como antojo de mis asociaciones, se me impone una paráfrasis: la ética es la ética, y sin ética no hay vida. Lo que enmarca, quien sabe si al decir de Kant, un imperativo categórico: el imperativo ético. La ética en la vida no es una opción, es una de las condiciones sine quibus non. “El imperativo ético, en la praxis del ser humano, hace hincapié en el carácter universal de un categórico que no puede ser relativizado, y es un imperativo que está por encima de toda materialidad... Ese carácter asegura universalidad y formalidad del imperativo categórico y su arraigo en el ser humano. Se trata de la universalidad del imperativo, el cual rige todo cuando es inherente al ser humano. Su condición humana se profundiza en el carácter ético, según la cual se legitima en lo universal del imperativo, y su formalidad inherente, permitiéndole al ser humano habitar la frontera y alcanzar en ella la buena vida” (J. Ojeda, I. Machado, J. Matos, 2009: 243) Sin embargo, desde que Marx nos llamara la atención en su Manifiesto Comunista de 1848 sobre el hecho de que “todo lo sólido se desvanece en el aire” (“Todo lo sólido se desvanece en el aire; todo lo sagrado es profano, y los hombres, al fin, se ven forzados a considerar serenamente sus condiciones de existencia y sus relaciones recíprocas”), sentencia tomada como título por Marshall Berman para su excelente libro de 1988, la decadencia del imperativo parece estar abriéndose paso. Parece generalizada la sensación de que las normas de conducta universales, en el sentido de compartidas en el ejercicio del deber y la responsabilidad con todos y todas, se difuminan, por una parte, tras el advenimiento de una norma de poder (de hegemonía, de exclusión, de legitimación individual), y consecuentemente, de otra parte, con el creciente desinterés, el desapego y la anarquía normativa que producen las polarizaciones sociales que sufren de falsedades éticas evidentes (inequidad, injusticia, hipocresía social, etcétera). La lectura cliché de las condiciones de vida como generadoras directas de la subjetividad social (e individual), algo tan alejado del marxismo como de cualquier visión generada por el racionalismo y la modernidad, se empeña en culpar a la situación por el deterioro, para algunos crisis de los valores, las normas de

conducta, la primacía ética. Visión contentiva de un vector de realidad indiscutible, pero que supone la consideración del ser humano como esclavo (víctima) de sus condiciones (¿generadas por quién sino por el propio ser humano?). Parecería como que la capacidad volitiva, la contundente capacidad transformadora y autorregulada del ser humano, sucumbe a la eficacia avasalladora de sus contextos. Y estos son los responsables de las recolocaciones conceptuales. Desde que la ausencia de sacrificio sea entendida como relax, el robo renombrado como lucha, la indisciplina justificada como derecho a hacer lo que alguien considere su decisión, el mal gusto en el vestir y la chabacanería como forma de modernidad, la gritería como cubanidad, el maltrato de los jefes como combatividad, y otras tantas, el imperativo ético, no hay duda, se desvanece. Hace algún tiempo, en una conferencia que dicté en la Cátedra Fray Bartolomé de las Casas, de la Parroquia de San Juan de Letrán, y que luego publiqué en Actos de comunicación. Desde el compromiso y la esperanza con el título “Los valores y el desarrollo espiritual. Reflexiones desde la vida cotidiana”, decía: Para nosotros los cubanos los últimos años han sido especialmente impactantes en la aparición de ciertas transfiguraciones en los valores de algunas personas. Cuando se está sometido a una situación de vida marcada por la escasez, cuando se debuta en escenarios imprevisibles que favorecen el establecimiento de modelos personales de consumo, cuando la claridad de la luz se hace tenue, algunos optan por el “antivalor”. Creo que la mayoría hemos estado todo el tiempo creciéndonos y verdaderamente hemos crecido, hemos demostrado la grandeza de nuestra alma, de nuestro espíritu, de nuestros ideales y convicciones. Porque la esencia de la grandeza radica en la capacidad de optar por el crecimiento, por la honestidad, por el orgullo nacional y la soberanía en circunstancias en que otros optarían por la entrega. Pero no han faltado los síntomas de algún deterioro espiritual. Quién sabe si llevaba razón Berman cuando afirmaba que “El crecimiento humano tiene sus costes humanos y todo el que lo desee deberá pagar el precio, y el precio es alto” Por suerte, o para ser exacto, porque hay hombres y mujeres que llevan en sí el decoro de muchos hombres, emergen luces que guían el necesario espacio de lo valórico, de lo ético. Aparecen asideros que refuerzan principios, convicciones, más que posturas, ejercicios de buena voluntad (otra vez con Kant), gente que, como los autores del libro que estoy recomendando con total adhesión para su lectura, ponen a resguardo y en práctica la certeza de Frei Betto de que el problema número uno del mundo no es económico, es ético. Asumiendo que ningún texto tiene el don de la ubicuidad de contenido - no se escribe para todos los públicos, ni

con todos los asuntos posibles, ni desde todas las visiones y perspectivas, sino que se ubica en una dimensión escogida por sus autores - La vida en ética toma partido y se posiciona: Si se persigue una disquisición teórica, filosófica o semántica (por igual necesarias), no la busque aquí, solo está la experiencia práctica de dos profesionales con el objetivo de que les sirva a los menos experimentados y a la población en general.

Si por ejemplo, usted tiene que enfrentar una decisión difícil, como de seguro le ocurrirá más de una vez en su vida, tiene que sufrir un duelo o un problema con su pareja, o se encuentra en situaciones menos traumáticas como por ejemplo, elegir su vestuario para un evento científico o conocer la forma correcta del ingerir alimentos y bebidas en este, en los artículos correspondientes encontrará la modesta experiencia de los autores, no para que le sirva de receta ni esté totalmente de acuerdo con ella, pero incluso, si difiere en su totalidad, ya lo estará ayudando al tener otro criterio para el análisis crítico de la posible decisión que tomará, así pudiera suceder con el resto de los tópicos lo cual constituye nuestro objetivo, que lea, medite y actúe según sus criterios. Mientras que, como señala Emir Sader que gran parte de los académicos pasan a expresarse en lenguajes cifrados, herméticos, de difícil acceso al gran público, porque escriben mucho más para sus colegas e instituciones de financiamiento que para la opinión pública general. La pareja autoral de este texto opta por “escribir utilizando el lenguaje más claro posible, sin emplear frases complicadas ni prosopopeyas, sin por ello disminuir la profundidad de lo planteado, lo cual deseáramos le fuera comprensible y útil tanto a los profesionales de diferentes ramas, como a cualquier lector, porque si de algo estamos convencidos, es que conocer (y pensar) la ética, resulta imprescindible para la subsistencia y para poder aspirar a la paz y a la felicidad”. ¿Qué va a encontrar entonces quien se decida a emprender el viaje de lectura del libro de Betty y Carlos?, y me tomo el atrevimiento de llamarlos así, no solo porque son mis amigos, no solo porque compartimos cosmovisiones y posiciones, sino porque se me hacen muy cercanos en su texto escrito, tanto como en cualquier encuentro cotidiano. Cosa que no solo el amigo, sino también el lector agradece mucho. Quien comience a leer, y de seguro no se detendrá, porque el texto con su interés, con su lenguaje coloquial y transparente, con el dibujo de situaciones cotidianas tan vívidas, intertextuando voces conocidas y reconocibles, lo ira envolviendo hasta hacerlo su cómplice, va a encontrar sugerentes miradas a diversas situaciones cotidianas en las que la emergencia de lo ético es esencial. Situaciones cotidianas para sujetos

cotidianos, sea en sus roles de ejercicio profesional, sea en sus procesos cotidianos de vida allende sus roles. Y es que “La vida en ética” es un claro mensaje de reforzamiento a la utilidad de la virtud, pensando desde la envoltura gestual, fonológica, discursiva, pasando por los hábitos relacionales, considerando el entramado de vestuario y aditamentos, hasta la fundamental regulación de los modelos de relación profesional, lamentablemente descuidados con mucha más frecuencia que la que se explicaría por situaciones atípicas. Y esto evidencia que vivir en ética, no es solo un paradigma para contornear las actitudes, disposiciones y conductas de los otros, sino y sobre todo de nosotros mismos, los profesionales de las relaciones de ayuda. Los estilos de vida inadecuados de la sociedad moderna contribuyen cada vez más a la morbimortalidad y combatirlos constituye un compromiso ético de los trabajadores de la salud, pero ¿qué ejemplo le da un profesor a sus alumnos, cuando les habla de los estilos de vida saludables que él mismo no posee?, sería algo así como “Haz lo que yo digo, pero no lo que yo hago”. Asuntos como las diversidades sexuales, la vida en pareja la infidelidad, los celos-, el cuidado de las mujeres, la maternidad, también los temas de violencia, brindan no solo miradas aclaradoras conceptuales, sino experiencias contundentes de dos profesionales que viviendo con ética, han desarrollado durante decenios una actividad de alto nivel científico, profesional y valorativo, espiritual. Al mismo tiempo, asuntos más específicos del desempeño de las funciones del ejercicio de la profesión son presentados y analizados de un modo convincente, que nos orienta, nos educa, y también nos alienta y motiva a seguir una línea ética en nuestras prácticas cotidianas. La Bioética no es una posibilidad elegible de las prácticas profesionales en salud, es un deber de todo profesional. Avanzando por el texto, el lector sentirá que se ha encontrado con una conocida inscripción: “Nada ni nadie quedará olvidado”, frase inscrita en el Mausoleo a las Víctimas del Fascismo, y a los que lucharon porque le inmundicia ética, la deshumanización del sentido de la vida no se impusiera como antiética en el mundo. Los autores denuncian las atrocidades cometidas, precisamente, por la ausencia complaciente, perversa y tanática de un vivir con ética. La antiética nazi está en la base misma de sus atrocidades. Una vez más, valga la referencia a los que no se sumaron ni se suman a la barbarie. Los que aun en las más difíciles condiciones, como lo describe magistralmente Víctor Frankl en su libro El sentido de la vida. Así los autores recuerdan los casos de Gisella Perl, Janusz Korczak, Lazowski, Matulewicz, entre otros, que encontraron en las peores condiciones algunas formas de servir al bien humano, de

actuar viviendo con ética. Salvando las enormes diferencias, los autores desde el recurso del ejemplo histórico, convocan a entender hasta dónde puede llegar el descuido de la eticidad fundada en el respeto a la vida humana, a los seres humanos. Sin duda, comparto la idea de los autores: La historia está plagada de violaciones de las buenas prácticas, de la cual son responsables no solo los políticos que las dirigieron sino también los investigadores y profesionales, que quizás iniciaron sus estudios con propósitos nobles y fueron degenerando hasta convertirse en asesinos genocidas. Hay que mantenerse alertas y no ser ingenuos. Y no es solo de la historia pasada, es también la historia reciente, la historia de las relaciones perversas de los gobiernos de los Estados Unidos de Norteamérica contra Cuba. Cómo olvidar las agresiones biológicas contra nuestro país, las del dengue hemorrágico, en el año 1981, que padecieron más de un tercio de millón de personas y produjo 158 fallecidos, de ellos 101 niños. La línea conductora conceptual del texto, como obstinado sugerente, por momentos demandante, emerge una y otra vez en toda la diversidad de situaciones. El lector se apropiará de argumentos, sensibilidades, y modos de actuación, que inducen al posicionamiento ético como vector de responsabilidad en la generación de una vida más orientada al bienestar y la felicidad de todas y todos.

La vida en ética, obra escrita a cuatro manos y una vida en común, es un texto que aporta, que enriquece, que nos hace pensar. Un texto con el que se aprende: se aprende, entre otras muchas cosas más, que el posicionamiento ético es la luz que alumbró la construcción de una vida plena, sana, espiritualmente creativa, solidaria, sensible, verdaderamente humana.

Manuel Calviño



### ***Una conversación como preámbulo***

*¿Por qué una psicóloga y un nefrólogo escribiendo sobre ética práctica? Respuesta: Porque existe una experiencia que resulta necesario transmitir y compartir, aunque fuera modesta, estimulando a otros también a hacerlo.*

Corría el invierno de 2013 cuando se produjo la siguiente conversación entre los dos autores de este libro.

-Carlos: ¿No consideras que existen pocas referencias de ética práctica escritas por autores cubanos? y qué importante sería contar con ellas, no solo para alumnos y profesores, sino para la población en sentido general.

-Betty: ¿Y por qué no lo escribes?

-En todo caso si lo hacemos entre ambos

-Buena idea

-Te cuento una anécdota que me sucedió a inicios de la década de los noventa cuando acudí a un curso de coordinación de trasplantes en el hospital Calixto García, que en aquel momento tenía el mejor trabajo del país en esta tarea, un joven profesional dejó muy motivados a los asistentes al brindar una conferencia de bioética, término prácticamente desconocido para la mayoría de los presentes. En el receso, ávido de leer más sobre el tema, me acerqué a una especialista que demostró conocer y al preguntarle dónde podía consultar esta temática (recuerda que en esta etapa ni soñar con internet), me dijo: no se angustie doctor, el profesor repitió textualmente uno de los capítulos del libro "Boletín de la OPS" (magnífico), que es lo único que yo conozca que existe en el país sobre este tema y debe estar en su centro. Cuando regresé a mi hospital fui a la biblioteca y en minutos, la diligente y siempre eficiente Maribel Otero me localizó el libro, aún sin estrenar, por supuesto me lo leí, hice resúmenes y llamé su atención a todos los que pude incluyendo al inolvidable Profesor y amigo Teobaldo Triana, decano de la Facultad de Ciencias Médicas en aquellos momentos. Pasaron los años y en una jornada científica médica se anuncia una conferencia de bioética de un renombrado profesional, de fama y prestigio sobrada y realmente ganado, se llenó el teatro, yo llevaba mi libreta de notas, para mi sorpresa el profesor volvió a repetir exactamente la misma conferencia que había

escuchado durante el curso del Calixto García. Lo consideré una subestimación a un colectivo de provincianos, tenía que decir algo, hubo muchos elogios pronunciados por los que se enteraban por primera vez del tema en cuestión, cuando tuve oportunidad, le agradecí por supuesto su conferencia y lancé mi anzuelo: -Profesor, ante la importancia de la bioética, ¿no cree usted que debía formar parte más activa en la enseñanza de pregrado?, -por supuesto, me respondió y entonces recogí la pita: -Pero pienso que deberían utilizarse nuevos libros de texto escritos por autores cubanos, porque me parece que, sin despreciar su magnífica calidad, ya el boletín de la OPS necesita actualización y adecuación de su temática a Cuba. Desde mi asiento pude observar que tragó en seco y agradecí que al parecer nadie más interpretara el hecho, porque mi objetivo nunca sería abochornar en público a ese respetable y bien querido profesor, solo reclamar nuestro derecho a no ser subestimados. Por la noche, durante la cena de bienvenida, me llamó y me ofreció disculpas, me dijo que casi saliendo el transporte le avisaron de la conferencia y tomó lo que tenía más a la mano, la agradecí mucho su honestidad y me permití sugerirle que con su larga vida profesional y prestigio y a mi modesto modo de ver, transmitiendo sus incontables experiencias éticas, tendría materiales más que suficientes para conferencias y confección de textos. Betty, han pasado muchos años, ahora, sin pretender compararnos con aquel excelente profesor, tenemos nuestra experiencia, entonces vamos a escribirlas, porque pudieran ser de utilidad.

- Debemos tratar también la ética de las relaciones entre profesionales, como psicóloga me resulta increíble cuantos problemas se pudieran evitar con una mejor comunicación. Si nos decidimos a realizar un libro de ética práctica debemos, aunque pudiéramos no alcanzarlo, tratar gran parte del diapasón en que se mueven las personas, más o menos relacionados con el mundo de la salud, pero que en sentido general pudiera ser de interés incluso para la familia y dentro de ellos los más jóvenes. Por ejemplo existen una serie de temas relacionados con las relaciones de pareja, la forma de enfrentar el duelo, los nuevos paradigmas de la sexualidad, la demografía, creo estamos ante un proyecto ambicioso.

-Carlos: Creo que nuestro libro debe caracterizarse por el anecdotario que hemos acumulado a lo largo de los años, con el ejemplo de magníficos profesores y colegas y de determinados pacientes y familiares que nunca olvidaremos por las intensas historias de

vida que protagonizaron, tratar de llegar a los lectores no solo desde lo cognitivo, sino también desde lo afectivo

-Betty: Estas hablando como un psicólogo

-Carlos: A tu lado también he aprendido mucho

-Betty: Gracias, a tu lado también yo he aprendido mucho y a propósito, hablaste de “a lo largo de los años”, eso suena a antigüedad, ¿te estas considerando viejo?

-Carlos: Tú siempre con tus cosas, como dice la canción: “viejo ha de ser, quien lo quiera ser”. Ahora cumpliré 40 años de vida profesional, tú comenzaste también muy joven y durante toda la carrera estudiaste casos que de seguro tuvieron algún conflicto ético, por lo tanto podemos tomar esta cifra de 40 años de experiencia en ética práctica para destacar, creo es una buena promoción para el libro

-Betty: Me gusta la idea y deja bien temprano la idea que no es un libro para teorizar porque para eso no estamos preparados

-Carlos: Totalmente de acuerdo, en nuestro medio tenemos magníficos profesores que se han ocupado y se ocupan de esta parte muy importante pero más teórica y filosófica si se quiere, nuestro libro pudiera ser una modesta complementación desde el punto de vista práctico a los textos confeccionados por estos especialistas

-Betty: Imagino que en tu vida profesional has acumulado valiosa experiencia adquirida dentro de los hospitales y en el trabajo en el nivel primario

- Carlos: Como tú, en esas impactantes consultas de psicología clínica, en tu relación directa con los televidentes a través de tu programa del Canal Habana, de las amistades o incluso conocidos de ocasión, que aprovechan tu presencia para plantearte diferentes situaciones con un trasfondo ético. Incluso uno puede aprender mucho de sus propios errores en general y de los profesionales en particular, todos cometemos errores, por ejemplo, el mayor que yo he cometido, por poco le cuesta la vida al paciente, recuerdo la fecha como si fuera hoy, primero de abril de 1980, un muy joven paciente en estado asmático, que no dejó de trabajar porque tenía una responsabilidad, era director de un municipio de salud y se avecinaba una supervisión, estaba con taquicardia por los medicamentos antiasmáticos que llevaba días tomando, alguien sugirió una tableta de

propranolol, medicamento que todavía era joven y no se conocía al detalle por todos los profesionales y eso fue el detonante para una parada cardio-respiratoria, esa iatrogenia se multiplicó para ese joven médico, aún ingresado en la sala de terapia intensiva, contemplándose las huellas de tres punciones cardíacas durante la larga reanimación, recibió afectuosas muestras de cariño, pero también mensajes como: “ahora a cuidarte mucho durante toda la vida”, imaginen como recibiría ese mensaje un joven de 26 años. Las violaciones éticas se sucedieron desde entonces, era el ejemplo a destacar en cuanta conferencia se impartiera en la provincia sobre el asma bronquial, la reanimación cardiopulmonar o los medicamentos beta bloqueadores. Nadie le preguntó al afectado si estaba de acuerdo en que se utilizara su nombre, ¿le preguntaban?, si y frecuentemente, lo podían ver con una crisis de asma y le decían: ¿recuerdas cuando tuviste el paro? o verlo muy feliz y recordárselo, para que contarles. La última vez fue hace poco, en una tertulia entrevista con un numeroso público, le preguntaron sobre sus proyectos futuros y al hablar de un posible libro de ética, un profesional presente en la actividad, sin ton ni son, le preguntó si incluiría en su libro la auto iatrogenia que había cometido (34 años atrás). El médico le respondió que sí y que también escribiría las violaciones de la ética que habían cometido con él (y musitó: incluyendo esta última). De ese error médico le quedó a su protagonista el recuerdo imperecedero de múltiples muestras de amistad y afecto, aprender a ver la vida desde otra óptica más optimista y tolerante, ser más sensible ante los que sufren, el deseo perenne de ayudar con equidad a los necesitados dondequiera que estén y cualesquiera que fueran. Pero sobre todo, su alma de profesor se ha visto halagada por quizás el mayor aporte que le ha hecho a la docencia, a partir de esa parada cardíaca, todos los alumnos y médicos de ese radio de acción aprendieron bien que los medicamentos beta bloqueadores no pueden utilizarse en los pacientes asmáticos. Para los que no conocen la historia, el médico que indicó la tableta y el que la recibió eran la misma persona, por eso no hubo ni quejas ni proceso judicial, era yo.

-Betty: Cambia el tema, eso siempre te impacta, pero creo que esta franqueza al hacer público algo íntimo habla mucho a tu favor

-Carlos: Sin lugar a dudas esta catarsis me produce bienestar y me la debía. En la realidad esos medicamentos eran aún poco conocidos en detalles por la mayoría y llevaba tres años fuera de los estudios dirigiendo un municipio, pero hablándote claro, no estaba consciente de las reacciones secundarias, las subestimé. Por cierto, sin pretender

comparar nunca a un sencillo médico con tan universales y excelentes profesionales, la familia Curie obtuvo cinco premios Nobel (dos de Marie, uno de Pierre su esposo, otro de la hija Irene y otro del esposo de esta), todos conocían el peligro de la radioactividad y todos murieron por esta causa, incluso en el caso de Pierre aunque fue por un accidente ya estaba enfermo.

-Ambos: Entonces a escribir y ojalá logremos algo instructivo, ameno y que favorezca la meditación, que tanta auto ayuda proporciona. Será un libro lleno de interrogantes porque consideramos que en estos temas no existen recetas, que cada cual *“lea, medite y actúe de acuerdo a sus deseos, creencias e intereses”*. Tratará de aspectos de la ética de la vida o mejor dicho, para ser más poéticos, algo muy necesario para la existencia, para que desde un inicio el lector sepa que se trata de un manual más asequible intelectualmente y que también podrá tener poesía, lo llamaremos *“La vida en ética”*, para homenajear de alguna forma a la inolvidable canción *“La vida en rosa”*, que en 2016 cumplió 70 años de haber sido escrita e interpretada por vez primera, por la incomparable cantante francesa Edith Piaf.

## INTRODUCCIÓN

Este no es un libro que pretenda teorizar o filosofar sobre ética, además está dirigido a toda la población independientemente de su profesión o nivel intelectual. Utiliza como estímulo y guía la frase de Frei Betto, escrita en un artículo titulado “*El cono del helado*”, cuando dijo: “*El problema número uno del mundo no es económico, es ético*”.

Recomendamos que sea leído poco a poco, no es una novela, perseguimos que sea un material de consulta, para apoyar, enriquecer o negar lo plantado en este, después de una fructífera meditación, ojalá repose en la mesita de noche, en el portafolio de trabajo o estudio, en el consultorio o en el maletín de viaje. Que ahí esté cuando enfrentemos una situación que nos resulte conflictiva o dolorosa. Por igual que deseamos que algunas ideas puedan compartirse con nuestros hijos, alumnos y nietos y que estimulemos este tipo de lectura y de creación en los que se sientan capaces, que sin dudas pueden y deben ser muchos.

En este libro está plasmada la experiencia de dos profesionales que han dedicado alrededor de 40 años de su vida a la atención de pacientes, han desarrollado su sensibilidad humana, han tenido magníficos profesores, han tenido que participar en numerosas historias de vida y en numerosos conflictos y todo eso, sencillamente, han deseado plasmar en este libro. Se ha tratado de escribir utilizando el lenguaje más claro posible, sin emplear frases complicadas ni prosopopeyas, sin por ello disminuir la profundidad de lo planteado, lo cual deseáramos le fuera comprensible y útil tanto a los profesionales de diferentes ramas, como a cualquier lector, porque si de algo estamos convencidos, es que conocer (y pensar) la ética, resulta imprescindible para la subsistencia y para poder aspirar a la paz y a la felicidad.

Los autores consideran que la ética se enseña y construye con:

- El ejemplo
- La experiencia
- La práctica

- Las discusiones colectivas con amplios sectores
- Meditando
- Aumentando la cultura general
- Creando interrogantes
- Conociendo anécdotas
- Consultando “*críticamente*” la literatura especializada

Este último aspecto lo consideramos determinante, porque si resulta muy negativo obviar y desconocer lo que se hace en el mundo, también es contraproducente reproducir o copiar textualmente, sino adaptar lo que se considere útil, cada país tiene condiciones diferentes y debe construir, modificar dinámicamente y escribir su ética, evitando así la colonización cultural.

Nos gustaría recordar el decir del buen amigo consolareño y magnífico historiador y escritor Rolando González Cabrera, en su interesante libro “*Memorias de una expedición a Harvard*”, donde recuerda la visita de casi la mitad de los maestros existentes en Cuba en el año 1900, invitados a la prestigiosa Universidad de Harvard para recibir un curso de verano. En ese libro expresó: “*Los inteligentes educadores cubanos adecuaron lo aprendido en el norte a la realidad cubana, contribuyendo a refundar a Cuba desde los principios martianos de libertad, nación y patria*”.

Norman Girvan, economista e investigador del Instituto de Relaciones Internacionales de la Universidad de las Indias Occidentales de Trinidad y Tobago dijo: “*Como región somos el resultado de una explotación colonial y que estos países que han evolucionado durante cientos de años se guían por la cultura de los colonizadores..... Y que “es más fácil deshacernos de los colonizadores que del legado colonial. Este enfrentamiento debe empezar desde la mente, desde la descolonización del pensamiento*”.

Y nuestra ilustre intelectual y maestra Graziella Pogolotti, escribía recientemente algo que nos produjo el necesario impulso final para terminar este libro en el cual que ya llevábamos algunos años trabajando, ella sabiamente dijo y lo reproducimos de una forma textual: “*Hay palabras grandotas que asustan. Tienen un contenido filosófico con lo que*

*adquieren prestigio, se cargan de resonancias solemnes y parecen remitirse a un universo distante y abstracto. Sin embargo, nada más lejano de nuestro pequeño planeta que las constelaciones. Durante siglos, la estrella polar y la cruz del sur trazaron el camino a los navegantes que, con instrumentos rudimentarios, buscaron las últimas fronteras de la tierra. Ética es una de esas palabras que gravita sobre nosotros con fuerte peso específico. Todo ejercicio profesional está presidido por un código de ética, documento que según la tradición establecida, leemos y juramos en reiteradas ocasiones a lo largo de nuestras vidas. Pasado el momento del ritual, el texto se incorpora a una carpeta junto a documentos de primerísima importancia que amarillean en el olvido. Por eso, de cuando en cuando, hay que bajar de su pedestal las palabras grandotas, ponerles un par de sandalias y echarlas a andar junto a nosotros. Entonces, vivitas y coleando, las reconocemos y sentimos el tironcillo de orejas cuando nos desviamos de principios esenciales. Todos hemos tenido la experiencia de observar al cirujano saliendo extenuado del salón de operaciones después de horas de duro batallar por salvar la vida de una persona desconocida. Lejos del quirófano, si se produce un accidente callejero, puede aparecer alguien que, sin identificarse previamente, se precipita en auxilio de las víctimas. Inseparables, su ética y su práctica profesional le exigen comprometerse con la tarea y postergar, en función de la demanda emergente, cualquier interés personal". Y agregaba la Dra. Pogolotti: "El compromiso profesional de un médico responde al principio de preservación de la existencia de los seres humanos. Otras prácticas garantizan la higiene de una sociedad y la calidad del oxígeno que se respira en ella. El maestro no se limita a transmitir conocimiento. Tiene a su cargo la salud del espíritu. Sus principios éticos derivan, ante todo, de una conducta, vale decir, de una ejemplaridad arraigada a la defensa de la equidad en el modo de valorar y corregir el comportamiento de los estudiantes. Su toga, representación simbólica de su autoridad en el espacio sagrado del aula, se fundamenta en la búsqueda y preservación de la verdad. En su caso, la ética obliga a sembrar valores ciudadanos indispensables para el obrero, el científico y el dirigente del futuro".*

Con semejante empujón ya estábamos obligados a terminar nuestro libro.

Debemos contribuir a cambiar el sentimiento, provocado por siglos de dominación política y económica, de que "todo lo que viene de afuera es mejor" y escribir lo nuestro, aunque



fuera modestamente como en este libro. La ética es de todos y todos tienen el derecho y el deber de construirla y desarrollarla.

Como dijo el Dr. Manuel Calviño, excelente profesor, orador y amigo, en su conferencia magistral en la inauguración de Hominis 2016: *“Es un reto paradójico: Construir una nueva mentalidad con la misma mentalidad que tenemos, pero es un reto de desarrollo. Con la misma mentalidad de un niño se construye y educa un adolescente, y con la mentalidad de un adolescente y un joven, se educa y se transforma a un adulto, yo creo que es posible lo que se nos pide, pero solo articulando consensos, discursos, entendiendo lo diverso como riqueza y multiplicidad de opciones”*.

Leonardo Boff, teólogo y escritor brasileño, pronunciaba: *“Hasta ahora la ética y la moral se basaban en las culturas regionales. Hoy, en la fase planetaria de la especie humana, debemos restablecer la ética a partir de algo que sea común a todos y que todos podamos entender y realizar.”* Y agregaba: *“Se necesita bajar a aquella instancia en la cual se forman continuamente los valores, contenido principal de la ética. La ética, para ganar un mínimo de consenso, debe brotar de la base común y última de la existencia humana. Esta base no reside en la razón. Y añadía: Aquí surge una dialéctica dramática entre la pasión y la razón. Si la razón suprime la pasión, triunfa la rigidez y la tiranía del orden. Si la pasión dispensa a la razón, prevalece el delirio de las pulsiones del puro disfrute de las cosas. Pero si prevalece la justa medida y la pasión se sirve de la razón para un desarrollo autogobernado, entonces puede haber una conciencia ética. Para un nuevo tiempo, una nueva ética”*.

Consideramos que la globalización mundial necesita una ética global y como decía el ilustre Profesor Ricardo González en una conferencia reciente *“resulta imprescindible elevar la espiritualidad”*. También opinamos que la globalización puede aplastar a los pobres si no se desarrolla la ética global, pero a su vez sin un desarrollo económico parejo o por lo menos suficiente, es muy difícil que pueda desarrollarse esta última.

Con esa mentalidad hemos escrito este libro. Si se persigue una disquisición teórica, filosófica o semántica (por igual necesarias), no la busque aquí, solo está la experiencia práctica de dos profesionales con el objetivo de que les sirva a los menos experimentados y a la población en general. En nuestro medio tenemos magníficos profesores que se han ocupado y se ocupan de esa otra parte muy importante pero más teórica y filosófica si se

quiere, nuestro libro pudiera ser una modesta complementación desde el punto de vista práctico a los textos confeccionados por estos especialistas.

Si por ejemplo, usted tiene que enfrentar una decisión difícil, como de seguro le ocurrirá más de una vez en su vida, tiene que sufrir un duelo o un problema con su pareja, o se encuentra en situaciones menos traumáticas como por ejemplo, elegir su vestuario para un evento científico o conocer la forma correcta del ingerir alimentos y bebidas en este, en los artículos correspondientes encontrará la modesta experiencia de los autores, no para que le sirva de receta ni esté totalmente de acuerdo con ella, pero incluso, si difiere en su totalidad, ya lo estará ayudando al tener otro criterio para el análisis crítico de la posible decisión que tomará, así pudiera suceder con el resto de los tópicos lo cual constituye nuestro objetivo, que lea, medite y actúe según sus criterios.

Si en algún momento se siente aludido por algún aspecto, los objetivos de este libro no son bajo ningún concepto provocar malestar, partiendo del presupuesto de que todos cometemos errores en nuestra vida profesional y personal, lo invitamos a meditar, recapacitar y si lo considera, cambiar algunos modelos de conducta y actitudes, tener siempre presente la frase del apóstol: “*Tengo fe en el mejoramiento humano...*”

## De comidas y vestuarios en el comportamiento social

*En un verano particularmente caluroso se desarrollaba un congreso internacional de una determinada especialidad en el Centro de Convenciones del balneario de Varadero. La mayoría de los hombres vestían de etiqueta, como era lo usual, abundaban los trajes de color oscuro, las damas no se quedaban atrás, muy elegantes y con ropas lujosas la mayoría. El calor era tal que superaba los esfuerzos de los equipos de climatización. Resultaba evidente que muchos no se encontraban totalmente a gusto con su vestimenta. A la hora del almuerzo se preparó una mesa buffet muy bien servida, un vino tinto de calidad apuntalaba la magnífica comida. Pero comenzaron los problemas, una parte de aquel grupo de hombres y mujeres de ciencia, que minutos antes discutían temas de gran profundidad con educación y mesura, se desorganizó en torno a las mesas y comenzó a acaparar desde el inicio lo más posible, incluyendo los postres, la superficie de las mesas para cuatro personas se cubrieron totalmente, todo ante los ojos asombrados de un grupo*

*que no participó con igual intensidad de la recolección alimentaria. Durante el transcurso del almuerzo el ruido de las voces se tornó cada vez más alto. No pocos hablaban mientras tenían alimentos en la boca, las servilletas y cubiertos fueron subestimados y en algunas ocasiones, caían al suelo, eran recogidos rápidamente por el propio usuario y se seguían utilizando. Destacó una frase pronunciada en voz alta, cuando una persona criticaba a otra por consumir un determinado alimento que no le gustaba, incluso lo olía evidentemente ante todos. Una hora después se reanudaron las sesiones científicas, a través de las paredes de cristal se divisaban los bañistas cada vez más ligeros de ropa, entonces entre las copas de vino, la enorme ingestión de alimentos y la ropa elegante, se produjo un enorme calor y sudoración masiva, lo que obligó a un conferencista representante de la madre patria, muy rubicundo y sudando a mares, a pronunciar seseando una frase célebre: "Ya va siendo hora de que nos replanteemos el uso de la ropa más adecuada para los eventos que se desarrollen en los países tropicales"*

Los autores se atreven a afirmar que situaciones similares a estas han sido presenciadas por la mayor parte de los lectores en diferentes reuniones científicas ya sea de técnicos o de profesionales de disímiles perfiles.

## INTRODUCCIÓN

La eminente profesora y excelente persona y amiga Patricia Arés, en uno de sus artículos publicaba *"que los espacios de socialización son muy importantes en la vida, el entramado social es el recurso, el sostén para todo sujeto, pues está claro que ciertamente es en él que una persona puede desarrollarse en su potencial con plenitud. Las familias viven actualmente en un estado de aislamiento en muchas partes del mundo y mientras mayor es el nivel de vida, mayor es el modo de vida enclaustrado"*. Agregaba en su artículo: *"Se hace necesario potenciar una cultura solidaria y una responsabilidad social que sirva de antídoto a la penetración de la cultura del mercado"*

Como se destaca en el libro *"Mil ideas para ti y tu familia"*, de ese ejemplo de persona educada que constituye la buena amiga, periodista e investigadora Gladys E. Egües Cantero (su nombre fue inmortalizado por el danzón *"Felicidades Gladys"* compuesto por su padre, el eminente músico Richard Egües, al que tuvimos el honor de conocer), una comida es un acto de socialización, muestra de afecto y educación, en este libro ella

esboza diferentes aspectos bajo el título “*Buena mesa*”, por su importancia se brinda un resumen de los principales aspectos al cual hemos añadido algunos pequeños detalles.

Una cena puede ser tanto un encuentro familiar como un acto social para celebrar, conmemorar o desarrollar diferentes actividades, aquí se incluyen tanto el restaurante más lujoso como el comedor del centro de trabajo o la mesa familiar. Muchos guardan algún recuerdo, por desgracia muchas veces imperecedero, de alguna figura científica, profesional o social que en determinada comida olvidó las normas elementales de educación al conducirse en la mesa. Existen anécdotas del arribo desenfrenado a las mesas buffet en algún congreso de profesionales, independientemente de su procedencia de un lugar más rico o más pobre. Cuán poco agradable resulta un ambiente caluroso en un comedor obrero, pero aún más desagradable es oír a algún comensal que al llegar donde almorzamos sufriendo por supuesto las altas temperaturas, pronuncia la frase que nos la recuerda una vez más: “*¡Que calor!, mejor no entro*”.

Todos somos seres sociales que somos evaluados constantemente por las personas que nos rodean, independientemente del nivel de calificación que tengamos. Por supuesto, el rigor evaluativo aumentará proporcionalmente al nivel profesional y a la representatividad social que posea la persona, lo que hace imprescindible que se conozcan algunas normas elementales, si no queremos correr el riesgo de dejar una mala impresión, que opacará todo lo positivo.

Cuando alguien (un camarero o un asistente a la cena) nos separe una silla o lo haga para nuestra pareja, no debemos despreciar este gesto dejando a la pobre persona con su deseo en el vacío. Los caballeros no deben sentarse antes que las damas, ni los invitados hacerlo antes que el anfitrión o anfitriona (a no ser que estos inviten a hacerlo). Las personas de mayor nivel o edad deben tener la prioridad al sentarse a la mesa. El hombre acomoda a la mujer, los más jóvenes a los mayores, quien preside la cena ubica los puestos y acomoda a los niños y niñas. Todo lo que hagamos a favor de la educación temprana de los más pequeños no solo producirá en un futuro adultos educados sino que de manera inmediata evitará el tormento a que son sometidos todos los presentes en una cena donde existan niños que no se comporten con un mínimo de corrección, amén del bochorno de sus padres.

Debe colocarse la servilleta sobre el muslo derecho, si fuera de papel se mantiene a la derecha del plato. Usarla antes de beber cualquier líquido, algo que muchas veces se obvia con la consiguiente mancha en los bordes del vaso o la copa y hacerlo acto seguido después de beber, también resulta de buen gusto realizarlo repetidamente durante la comida, para mantener los labios limpios y libres de grasa, hacerlo con pequeños toques, no emplearla abierta abarcando grandes espacios de la cara, ni utilizarla como un pañuelo, por lo tanto resulta de extremo mal gusto utilizarla para secarse el sudor y mucho menos, sacudirse la nariz. Tampoco debe usarse para sacudir la mesa ni limpiar los platos. Si se cae, al igual que un cubierto y estamos en un restaurante, dejarla en el piso, que será recogida por un camarero. Cuando terminemos no debe doblarse de nuevo, sino colocarla a la izquierda del plato.

Tanto los cubiertos, como las copas y vasos representan a veces un reto porque el temor por su uso incorrecto nos puede amargar algo que debe ser disfrutado como un buen momento. Tampoco debe pretenderse que todas las personas sean especialistas en la utilización y orden de cada útil, pero tampoco caer en el extremo de limitarse a un tenedor y un cuchillo y despreciar un conocimiento que es signo de buen gusto y nos adorna. De forma general resulta inadmisibles jugar con los cubiertos, por ejemplo para tocar música sobre la mesa o las copas, o para mientras conversamos en la espera de un plato, moverlos de un lado a otro, lo cual puede resultar desesperante para el que lo contempla. Los cubiertos individuales tampoco deben utilizarse para servirse de los recipientes colectivos, para eso deben usarse los que traigan estos. No comer con las manos, excepto el pan, que debe cortarse en pequeñas porciones o las galletas y derivados. El cuchillo es solo para cortar, no para llevar alimentos a la boca. A la derecha del plato se coloca el cuchillo con el filo hacia adentro y a su lado la cuchara. A la izquierda se sitúan los tenedores, primero el grande o normal y a la izquierda de este el de pescado o mariscos. Los cubiertos para el postre se colocan sobre el plato de este en sentido horizontal y cercano al vaso. El plato pequeño para el pan se coloca a la izquierda del plato.

Los vasos y las copas se colocan por delante del plato, un poco hacia la derecha, el vaso o copa colocado más hacia la izquierda será para el agua y a su derecha irán los recipientes para el vino y la cerveza. Los licores fuertes como por ejemplo, los rones, no

se recomiendan en las comidas porque entorpecen el paladar, las bebidas más suaves lo limpian por decirlo de alguna forma y permiten apreciar los diferentes sabores.

Los caldos y sopas se sirven en platos hondos o tazones, los que no deben utilizarse para ingerirlos directamente. Resulta de muy mal gusto hacer ruido al sorber los caldos. Las carnes, viandas o vegetales, que están en el interior de los caldos o sopas deben estar cortados en pequeños pedazos que permitan ingerirlos sin usar el cuchillo y el tenedor. Tampoco debe mojarse el pan directamente y mucho menos emplearlo para limpiar los restos del plato.

Se debe adoptar una posición cómoda en la silla pero correcta y elegante, hay personas que no solo colocan ambos codos sobre la mesa sino que prácticamente se acuestan en ella. Los brazos deben estar paralelos al tronco, esos miembros superiores flexionados impiden los movimientos de los comensales que tenemos a ambos lados (con seguridad querido lector, ha tenido que lamentar esta invasión de su espacio más de una vez), a veces por personas llamadas "*cultas y educadas*". No debe balancearse en la silla ni apoyarse en la del vecino. No encimarse al plato de este ni pasar el brazo por encima para tomar algún alimento (pueden incluso mancharse las mangas). La comida es llevada a la boca por los brazos, no llevar la boca a la comida, como hacen algunos. Masticar con los labios cerrados, no hablar con la boca llena ni repletar esta y evitar en la medida de lo posible los ruidos al masticar. Está de más del destacar la enormidad de la mala educación al proferir un eructo. No deben hurgarse los dientes con los dedos, ni hacer gárgaras en público. No debe repletarse el plato, resulta preferible servirse varias veces. No realizar manifestaciones de glotonería, como por ejemplo servirse la mayor pieza y no pensar en la parte del resto de los comensales, no mirar y calcular la comida de estos.

Existen diferentes situaciones conocidas por todos, de las cuales hemos sido o víctimas o victimarios, por ejemplo, las manifestaciones extra verbales de desagrado cuando nos ofrecen algo que no nos gusta, ni tampoco es el momento para relatar los síntomas que determinado alimento nos produce, simplemente limitarse a rechazar amablemente la propuesta. No debe criticarse la comida aunque no nos guste, posiblemente otros comensales la estén disfrutando. No olerla. No observar a otro comiendo y aconsejarle públicamente la forma de comer, como por ejemplo se dice frecuentemente en voz alta

*“no pases más trabajo que el pollo se come con las manos”*, lo cual puede humillar en público a una persona sensible.

Existen también aspectos que increíblemente ocurren y muchas veces son protagonizados por personas de *“nivel”*, que nos decepcionan en esos momentos, por ejemplo realizar bromas de mal gusto o que ofenden a uno de los presentes (el clásico personaje *“martillo”*, que siempre está en la búsqueda de un *“yunque”* para destacarse y lucir *“simpático”* a su costa), efectuar largas charlas monopolizando la conversación, muchas veces desagradables no solo por la duración sino por el tema tratado. Deben evitarse las discusiones y los asuntos conflictivos. No reír a carcajadas ni hablar en voz alta. Tampoco hablar continuamente por los teléfonos móviles mientras se come. Cuando alguien nos desea un buen provecho, debe abolirse la frase de tan mal gusto: *“para eso me la como”* (de seguro la ha oído en más de una oportunidad). En ocasiones se aprovecha la hora de la cena para realizar una consulta médica, a veces llena de detalles no agradables. La conversación mientras se come debe ser agradable, mesurada y entretenida.

La mesa no es sitio para peinarse ni maquillarse, no se debe fumar a no ser que nadie sea molestado por este hecho o no esté prohibido en esa área del restaurante. Por supuesto, si estamos invitados debemos solicitar permiso para hacerlo.

Podemos encontrarnos en otro país, con costumbres diferentes a las nuestras y ser invitados a una cena, siempre resulta oportuno conocer algunos detalles que nos lo puede facilitar quien nos invita, como el tipo de vestuario, las características de la comida, algunas normas de conducta, los posibles invitados, etc. Si somos invitados a un hogar resulta cortés llevar algún presente, adecuado a nuestras posibilidades económicas, por ejemplo una botella de vino, algún dulce, hasta una sencilla flor, pero no llegar con las manos vacías.

Del eminente intelectual, el Profesor Eusebio Leal, hemos oído la aleccionadora (como todas sus palabras y su vida) anécdota, se refería a que su querida mamá le ofreció una taza de café (dicho sea de paso, que no lo tenía abundante y le gustaba mucho) a un visitante, al este rechazarlo él le expresó que no lo hiciera y que debía percibir el valor que puede tener el ofrecimiento de una sencilla taza de café cuando se visita un hogar, decía el historiador que esto constituye una ofrenda al honor de la visita, así son de

preciosos los detalles, que no debemos pasar por alto cuando alguien nos ofrece algo incluyendo una ayuda. Si no puede ser aceptado o aceptada, denegarlo o denegarla con respeto, agradecimiento y sinceridad. Ser asertivos, decir lo que sentimos y deseamos de una forma educada resulta muy importante, muchas personas habitualmente esperan que cuando se les invita a algo se insista en varias ocasiones, para al final acceder, uno de los autores comprobó en una visita a Canadá, que resulta una práctica bastante común invitarte una sola vez, si dices que no, ahí termina la invitación.

El sorprendente historiador y gran amigo Rolando González, en un emotivo libro titulado "*La saga japonesa en el occidente cubano*" (le recomendamos lo lea y posiblemente descubra una joya), opina acerca de este tópico, él nos dice que posiblemente uno de los mayores retos para un occidental sea una comida oriental, por ejemplo japonesa. Los modestos inmigrantes de este admirable país, entre muchas cosas por su proverbial educación y cortesía, que arribaron a Cuba huyendo de los horrores de la guerra mundial, vivieron en humildísimas casitas de campo y en precarias condiciones pero enseñaron a sus descendientes la etiqueta oriental: Los palitos (hashi, ohashi) no debían cogerse antes que el anfitrión tomara los suyos y diera la señal para empezar comer, era señal de una mala educación saborear las puntas, buscar la mejor pieza en la fuente, morderlos o apuntar con ellos.

A propósito, una anécdota que habla de la educación de los japoneses, ocurrió en un mundial de fútbol, cuando terminó uno de los partidos, en el que precisamente perdió su equipo, los turistas de esta nacionalidad que se encontraban presentes en el estadio, no se marcharon hasta recoger gran parte de los papeles y deshechos que otros aficionados habían abandonado en las gradas.

Se citan estos aspectos con el objetivo de destacar dos cosas. Primeramente que la educación y la ética no dependen del nivel socio-económico, las necesidades y las carencias no nos pueden llevar a comportarnos como seres poco civilizados y en segundo lugar, si somos observadores y aplicamos la lógica y los principios generales aquí esbozados podremos desempeñarnos correctamente en cualquier cena, sin olvidar la prioridad de las comidas familiares y del comedor laboral, porque es expresión de respeto a los nuestros y fuente de educación de nuestros hijos y alumnos y evita producir la



impresión que podremos ser profesionales muy capacitados pero también muy mal educados.

Frei Betto, en un artículo publicado en el periódico Granma titulado: *“El sujeto se vuelve objeto; el objeto, sujeto”*, expresaba: *“Ahora en la posmodernidad, las personas ya no se relacionan, no se conectan. Los encuentros no son reales sino solo virtuales. Ya no se vive en sociedad sino en red. Nadie es excluido sino borrado. Las personas se vuelven mercancías vendibles, escaparates ambulantes que esperan ser admiradas, deseadas. Envidiadas y codiciadas. Muchos buscan ansiosos ser objetos de deseo. Porque su autoestima depende de la mirada ajena. Y el mercado sabe manipular muy bien esa baja autoestima”*

Alfonso Nacianceno escribió un artículo que por su título ya tiene un gran valor a nuestro modo de ver: *“Ese segundo de los ¡Buenos días!”*, en él dijo: *“Dar los buenos días es la manera más sencilla, cortés y comedida de hacernos notar ante los demás, quizá el preámbulo de una posible conversación, o el inicio de una nueva amistad. Obviar ese segundo en nuestras vidas si coincidimos con alguien, además de poner en duda su urbanidad, dará lugar a que tal vez le atribuyan estados de ánimo como el enfado o la irritación”*

Antes de proseguir hacia el tema del vestuario, permítanos amable lector hacernos un regalo y compartirlo con usted, de un poema de Luis Rogelio Noguerras, también su preferido como nos refirió su viuda, la eminente profesional Neyda Izquierdo, permio anual de edición, de cuya amistad se enorgullecen los autores de este libro, y que a nuestro modo de ver puede referirse entre otros aspectos a la libertad, de la cual todos debemos disfrutar para hacer lo que deseemos pero....sin dañar ni a nuestro prestigio ni a otras personas:

***“Amar al cisne salvaje”***

*No intentes posar tus manos sobre su inocente cuello,*

*hasta la más suave caricia le parecería el brutal manejo del verdugo*

*No intentes susurrarle tu amor o tus penas,*

*tu voz lo asustaría como un trueno en mitad de la noche*

*No remuevas el agua de la laguna, no respires*

*para ser tuyo tendría que morir*

*Confórmate con su salvaje lejanía, con su ajena belleza,*

*si vuelve la cabeza escóndete entre la hierba,*

*no rompas el hechizo de esta tarde de verano.*

*Trágate tu amor imposible, ámalo libre*

*Ama el modo en que ignora que tú existes*

*Ama al cisne salvaje*

El vestuario que usaremos para un evento representa una gran preocupación en muchas oportunidades. Refería con sinceridad un colega, que para un grupo de personas donde él también se incluía, era incluso más estresante seleccionar la ropa que la conferencia que brindaría en el congreso. La ropa que vestimos debe estar acorde a las características, asistentes y motivo de la reunión, tanto si representa algo solemne, un encuentro científico o somos invitados a un hogar, ya que podría ir desde vestir de etiqueta hasta vestir informal, pero sin llegar nunca, por ejemplo, a sentarse en la mesa sin camisa. Resulta oportuno dividir el vestuario en cuatro grandes grupos: Ropa elegante, formal, informal o deportiva, dentro de estas dos últimas se encuentran los jeans, los pulóveres, los monos deportivos, las zapatillas, los shorts y las camisetas.

La ropa elegante sería la apropiada para actividades solemnes, científicas, aniversarios importantes, visitas a personalidades, donde se incluyen a nuestros profesores y la formal, por ejemplo para otras actividades, como una visita, asistir a un restaurant, a un funeral, hacer una gestión en una dependencia oficial o asistir al trabajo de acuerdo a las características de este. Resulta importante diferencial que ropa elegante y formal no son sinónimos de ropas lujosas y caras, por ejemplo la ansiedad siempre insatisfecha por las ropas de marcas, mientras más caras mejor y modelos únicos, batalla siempre inconclusa porque continuamente surgen nuevas marcas, modelos y encontramos a alguien que consideramos mejor vestidos que nosotros. Por si lo absurdo y triste de esta forma de pensar fuera poco, lo trasladamos a nuestros hijos y estos desean lo mismo para asistir a

su escuela, y allí llegan a despreciar a los niños que no participan o no pueden participar de estas ambiciones, ¡ESTO ESTÁ SUCEDIENDO!, eludir esta realidad equivale a cerrar los ojos. Quienes se preocupan tanto por el vestir, muchas veces lo que están expresando es una baja autoestima, debemos vestirnos para sentirnos también cómodos y seguros, la ropa no debe bajo ningún concepto ser un motivo de inseguridad, veámonos nosotros mismos elegantes, apuestos y seguros: *“así como te ves te ven”*. Seleccione su vestuario acorde al lugar donde acudirá y a sus posibilidades, vístase, mírese seguro, saque su pecho (así repetía nuestro inolvidable profesor Abelardo Buch, padre de la nefrología cubana) y enfrente el mundo con optimismo, usted puede, usted vale tanto como los demás.

Frei Betto, en un artículo titulado *“El Islam y la libertad de expresión”* escribió: *“Toda libertad tiene límites: el respeto a la dignidad y a los derechos ajenos”*. Y agregaba: *“La libertad debe ser necesariamente contextualizada. Se puede ir a la playa en hilo dental o bermuda. Pero no al trabajo ni a la iglesia. Hoy puedo criticar a los dioses del Olimpo y la promiscuidad sadomasoquista en la que vivían; pero hubiera sido gravísimo que lo hiciera en Atenas cuatro siglos antes de Cristo”*.

La ropa y el aspecto personal de las personas que brindan un servicio público, específicamente el personal de la salud, tiene sus requerimientos, partiendo del hecho de que usted tiene libertad para vestir como desee pero no me puede obligar a que acepte y reciba un servicio (que pago directa o indirectamente) de alguien cuya forma de vestir o aspecto personal no me ofrecen confianza o me resultan desagradables, por ejemplo, una mujer que tiene que colocarse en posición ginecológica para un examen médico y este será efectuado por un profesional *“a la moda”* (tatuajes en ambos brazos, piercings en los labios y párpados, por ejemplo), lo cual pudiera incluirse también en el nuevo término de *“violencia ginecológica”*.

La frontera de lo permisible en la moda es cuando el trabajador de la salud no inspira el clásico respeto, y confianza, recordar que la persona no solo nos entrega su intimidad más oculta sino también su vida. Una opción es no ser trabajador de la salud y estar en la última moda. Resulta justo señalar que pese a las dificultades económicas que han existido, en sentido general este personal se las ha agenciado para mantenerse limpios y

pulcros, brindando una imagen apropiada. Para que te respeten hay que respetar y el porte personal influye en este aspecto.

Por igual resulta importante el porte y aspecto de todos los que acuden al médico, o a cualquier sitio formal, por ejemplo una oficina. Para ello no se necesita un vestuario de marcas ni costoso. Solo un mínimo de corrección.

La periodista, master en sexología y buena amiga Aloyma Ravelo escribía un interesante artículo titulado: *¿Cómo vestimos para ir al médico?*, en este recordaba la costumbre muy antigua de tener la ropa de: *“ir al médico”*. También se refería que el hecho de tener al profesional en la esquina de la casa, gracias al programa del médico y la enfermera de la familia, confundió a algunas personas y empezaron a asistir a la consulta a *“pedir una receta”*, con el mismo atuendo que iban a la bodega, algunos desaliñados y poco aseados (lo que no tiene justificación por tener bajos ingresos económicos). Aloyma recomendaba el no pisotear las normas de respeto que merecen esas personas que nos ofrecen sus servicios

Si asistimos a un evento social resulta también muy importante caminar con naturalidad, sentarnos correctamente en los salones y lobby, no estirarse ni bostezar evidentemente.

Muchas veces en las actividades sociales se brindan bebidas alcohólicas, no recomendamos su uso, pero si así usted lo decidiera, bajo ningún concepto se debe llegar a la embriaguez, si no conoce un determinado trago, pregunte por su contenido de alcohol antes de ingerirlo, una bebida dulce puede ser muy engañosa. Aprenda a reconocer los síntomas precoces de la embriaguez e interrumpa la ingestión cuando los detecte. Si sabe que con la desinhibición que provoca el alcohol puede perder el control de sus acciones o ser provocado por alguien que está en su mismo estado o que con malas intenciones expreso está aguardando para agredirlo o provocarlo, evite colocarse en esa situación que producirá el rechazo y el malestar de quienes lo rodean, incluyendo a las personas que usted estima, ese momento no es el de aclarar conflictos con su pareja, su jefe, su subordinado o su compañero de trabajo, mañana de seguro se sentirá muy avergonzado y con la necesidad de ofrecer disculpas, pero como decía un impresionante slogan de la TV en relación con la embriaguez, cada vez que ocurre *“algo en ti va muriendo”*.

Las relaciones con los que nos circundan son también muy importantes, hay un dicho popular: *“Es muchísimo más fácil vivir que convivir”*, el Benemérito de las Américas, Benito Juárez dijo: *“El respeto al derecho ajeno es la paz”*.

Añadiríamos: *“No moleste a quienes lo rodean, y no se moleste si le dicen que usted está molestando”*

## Ética y relaciones interpersonales dentro de las unidades de salud.

Algunas de las ideas vertidas en este artículo provienen del que consideramos un muy buen libro titulado: *“La dirección que merecemos. Una manera de lograr el cambio”* de la autoría de Víctor Puentes. En este se cita una anécdota que consideramos muy a tono para iniciar este artículo, donde se expresa, de una manera muy inteligente y sencilla, la importancia del calor humano en todas las relaciones laborales y personales.

*En un examen de medicina realizado a un grupo de alumnos, las dos primeras preguntas fueron del programa médico que habían recibido en ese semestre, pero la tercera, la de más valor, 70 puntos, interrogaba sobre el nombre de la auxiliar general de la sala donde rotaban en esos momentos. Suspendió más de la mitad de los alumnos. Al protestar, el profesor les dijo que porque el que persigue trabajar curando el cuerpo de los seres humanos debe primero que todo amar sus almas. A partir de ahí conocieron por sus nombres a todos los trabajadores, fue una lección para toda la vida.*

### **Introducción**

Las relaciones interpersonales dentro de cualquier colectivo, en este caso en las unidades de salud revisten una gran importancia para el correcto desenvolvimiento del trabajo de estas, la ética con que se conduzcan los trabajadores, no solo en su relación con los enfermos y familiares, sino con sus compañeros de trabajo, tiene una importancia decisiva.

Un momento especial lo constituyen las discusiones grupales, ya sea con objetivos asistenciales, científicos, administrativos u otros, muchas veces se producen posiciones y conductas de los asistentes, marcadas por apasionamientos, terquedad, vanidad o celos, que a su vez se traducen en la violación no solo de la ética, sino de las normas más elementales de educación formal. Debe tenerse en cuenta que cada ser humano es único e irrepetible, por lo tanto no se pueden tratar a todas las personas de igual forma.

Las relaciones que mantengan los jefes con sus subordinados y estos a su vez con sus jefes son determinantes para que el colectivo marche adecuadamente, contribuyendo con su ejemplo y funcionamiento a modificar las conductas negativas que pudieran tener algunos integrantes del colectivo y a formar positivamente a los estudiantes que se encuentren dentro de su radio de acción. Sobre estos temas versarán las siguientes páginas.

## **Desarrollo**

Este artículo abordará los siguientes aspectos:

- Conductas generales
- El trato con los pacientes y sus familiares
- Relaciones entre los profesionales y discusiones grupales
- El jefe con sus subordinados y los subordinados con su jefe
- Educación de los educandos

## **Conductas generales en los centros de trabajo**

Existe un aforismo que dice que la felicidad consiste en marchar feliz para el trabajo y regresar de igual forma para el hogar. Si el ambiente que encontraremos en el ámbito laboral fuera amistoso, si esos buenos días que expresamos sinceramente son bien correspondidos, la jornada comenzará satisfactoriamente, Nacienciano escribió un artículo, del que recomendamos su lectura, con un título muy sugerente: *“Ese segundo de los ¡Buenos días!”*.

No solo las frases pueden resultar irritantes, el lenguaje extra verbal, esas duras expresiones que contemplamos o sufrimos con frecuencia creciente, pueden en ocasiones maltratar más que una palabra. En sentido general a toda persona le gusta que

la traten bien, que la llamen por su nombre y si tiene alguna responsabilidad, título o rango, que se les reconozcan de una forma respetuosa, que oigan sus planteamientos con atención, que la tecnología digital no sea más importante que mirarnos a las caras y escuchar atentamente, especial atención merecen las personas pertenecientes a la categorías laborales más sencillas y los más humildes. El carismático locutor de la radio y la televisión y buen amigo Magdiel Pérez, repite con frecuencia y con el humor que le caracteriza, la ingeniosa frase: *“Usted no es responsable de la cara que tiene sino de la cara que pone”*.

La violencia tiene muchas formas de manifestarse, unas veces más explícitas, otras veces más solapadas, la ONU impulsa diferentes campañas para su erradicación, por ejemplo referida a la violencia contra las mujeres, contra los niños o los adultos mayores, puede ser tan sutil, que incluso se ha descrito la violencia gineco-obstétrica cuando no se respeta el pudor de la paciente. También siempre existe el peligro de *“la asimilación”* de la violencia y que se soporte sin ninguna reacción, como si fuera algo natural, o que culpemos al violentado por su carácter o más cruel aun: *“le gusta que la (o lo, porque todos podemos ser sufrirla) maltraten”*. Esta es un problema al cual debemos prestar la mayor atención ni para practicarla, ni para dejar de combatirla cuando se presente.

Resulta muy importante mostrarse ecuanímes, no perder la calma bajo ningún concepto, se ha dicho que *“el que desayuna con la ira, almuerza con la vergüenza y cena con el arrepentimiento”*, otra frase que también vale la pena repetir es *“las decisiones tomada durante la ira o la soberbia, generalmente no son bien evaluadas por la historia”*. Aunque tampoco debemos olvidar que *“la tolerancia también tiene un límite, cuando se sobrepasa deja de ser una virtud”*.

Es muy importante que no evaluemos ni juzguemos precipitadamente a las personas, muchas veces las apariencias engañan en ambos sentidos. Recomendamos que cada persona debe identificar sus prejuicios (todos podemos tener alguno o algunos) y luche contra ellos, demostrarse con el corazón de que están equivocados.

Las bromas de buen gusto dentro de los colectivos ayudan a solventar los momentos difíciles y hacen la vida más placentera, pero no resulta igual con las bromas de mal gusto, que posiblemente harán reír a parte de los oyentes, pero que humillarán al que van destinadas. Se debe la desarrollar la sensibilidad como parte de la inteligencia emocional,

para percatarnos tanto de la broma o del resalte de la característica que molesta, como de la que resulta agradable, para utilizarla para el elogio, sin distinción de género, raza o categoría social, oportunidad que nunca se debe desaprovechar por lo agradable y fructífera que resulta.

La periodista Sheyla Delgado, en un artículo titulado: *"Hijos de un mismo amor, enemigos de un mismo odio"*, citaba esta anécdota que reproducimos textualmente por las enseñanzas que transmite:

*"Pudo ser en otra línea aérea, incluso en cualquier escenario y fecha. Lo triste, repugnante, estaría en aquella escena —acaecida ya varios años atrás pero con recurrencia viral en las redes sociales— en un vuelo trasatlántico de la British Airways, cuando una mujer descubre, como compañero de viaje en el asiento contiguo, a un hombre de piel negra. Enseguida le pide a la azafata que la cambie de lugar, donde no tuviera que compartir con alguien “tan desagradable”, a lo que esta, minutos después, responde que, si bien el vuelo estaba repleto, había encontrado espacio en primera clase, y que al solicitar autorización el capitán le había confirmado que “no se podía obligar a nadie a viajar al lado de una persona tan desagradable”. Y antes de que la señora lograra alzarse de su puesto, con el triunfalismo de un ego que creía premiado, la empleada se dirigió al hombre negro, invitándolo: “¿Señor, sería usted tan amable de acompañarme a su nuevo asiento?”. La moraleja —aplaudida por cuantos la presenciaron— cobró eco luego en las oficinas de la British Airways, donde puede leerse: “las personas pueden olvidar lo que les dijiste, (...) lo que les hiciste, pero nunca olvidarán cómo las hiciste sentir”.*

Dulce María Loynaz, nuestra gran poetisa escribió una serie de ideas (citadas por Víctor Puentes), que consideramos oportuno señalar, ella decía:

*He aprendido que:*

- *Pueden requerir años para construir la confianza y únicamente segundos para destruirla*
- *Lo que verdaderamente cuenta en la vida, no son las cosas que tengo alrededor, sino las personas que tengo alrededor*



- *Hay cosas que puedo hacer en un instante y que pueden ocasionar dolor durante toda una vida*
- *Es importante practicar para convertirme en la persona que yo quiero ser*
- *Que es mucho más fácil reaccionar que pensar y más satisfactorio pensar que reaccionar En muchos momentos tengo el derecho de estar enojado , mas no el derecho de ser cruel*
- *La madurez tiene más que ver con las experiencias que he tenido y aquello que he aprendido de ellas, que con el número de años cumplidos*
- *Que por más fuerte que sea mi duelo, el mundo no se detiene por mi dolor*
- *Dos personas pueden mirar la misma cosa y ver algo totalmente diferente*
- *Sin importar las circunstancias, cuando soy honesto conmigo, llego más lejos en la vida*
- *Que los títulos en la pared no nos convierten en seres humanos decentes*

Continúa Dulce María Loynaz:

*Con el tiempo:*

- *Aprendes que las palabras dichas en un momento de ira, pueden seguir lastimando a quien heriste durante toda la vida*
- *Te das cuenta que el que humilla o desprecia a un ser humano, tarde o temprano sufrirá las mismas humillaciones o desprecios multiplicados*

Si estamos ocho horas o más en el trabajo, tenemos que demostrarnos que nos apreciamos y nos tenemos en cuenta. El ser humano que más vale da un trato noble y sencillo. Hace que los demás se sientan cómodos a su lado, como se está con un amigo. La mayoría de las personas no estamos preparadas para medir la capacidad profesional de un especialista pero cualquier persona está capacitada para evaluar la calidad humana. Se dice que “*Bigote de Gato*”, popular personaje cubano famoso en la primera mitad del pasado siglo, pronunció una frase célebre: “*durante toda la vida di traspiés, pero nunca puntapiés*”.

Los rumores, los chismes, los anónimos y los generadores de celos: Hay personas que hacen de estos defectos una especialidad y “*dejan caer*” con mucha astucia sus “*dardos envenenados*”, que saben que pasado un tiempo más o menos breve causarán su efecto

dañino, cual un germen o un veneno de desarrollo lento, esto divide mucho a los colectivos (y a las parejas, familias y amistades) y dañan mucho incluso los resultados del trabajo. Desgraciadamente muchas veces resultan creíbles y no nos percatamos de que están sirviendo a intereses personales de individuos con una dudosa formación ética: *¿Cómo erradicarlos?*: Identificando a los personajes sin temor a desenmascararlos, con transparencia en nuestras acciones y cuando surjan conflictos o dudas aclararlos rápidamente, de una forma serena, sincera y civilizada, antes de que cobren fuerzas.

En la conducta general se debe desarrollar una cultura de la limpieza y del orden, porque esto favorece las conductas éticas, un ambiente desorganizado y sucio constituye el reflejo de quienes se desenvuelven en él así como de sus relaciones interpersonales. Es fácil suponer que cuando el sitio de trabajo se encuentra sucio y desorganizado, no sean precisamente las condiciones que favorezcan una influencia positiva para las relaciones interpersonales.

Después de las devastadoras consecuencias que trajera la Segunda Guerra Mundial a Japón, los nipones se dieron a la tarea de rehacer la estructura económica de su país; así como restablecer los cimientos de su infraestructura industrial. Con base en su experiencia comunitaria y sus costumbres ancestrales, consiguieron generar diversas herramientas con las que reorganizaron y reactivaron su economía, y no sólo eso, sino que lograron tal efectividad, que hoy, la nación del Sol Naciente es una de las potencias económicas del mundo. De los procedimientos creados, uno de los de mayor reconocimiento a nivel mundial es el sistema de calidad “5 eses”. El mecanismo se centra en la riqueza interna del individuo, la cual se ve reflejada en su desempeño diario. Las normas de calidad japonesas “5 eses”, constituyen una lista de actividades-objetivos que promueven la organización y eficiencia en el lugar de trabajo y que pudieran adaptarse a cualquier ámbito laboral, en este caso una unidad de la salud, por supuesto teniendo en cuenta la idiosincrasia de cada país.

Su nombre deriva de cinco palabras que se inician con la letra S en japonés: Sus cinco pasos, con sus nombres japoneses, son los siguientes:

1. Seiri (Separar): Diferenciar entre elementos necesarios e innecesarios en el lugar de trabajo y trasladar a otros sitios estos últimos.

2. Seiton (Ordenar): Disponer en forma ordenada todos los elementos que quedan después del seiri.
3. Seiso (Limpiar): Mantener limpias los equipos y los ambientes de trabajo.
4. Seiketsu (Sistematizar): Extender hacia uno mismo el concepto de limpieza y practicar continuamente los tres pasos anteriores.
5. Shitsuke (Estandarizar, disciplina): Construir autodisciplina y formar el hábito de comprometerse con las 5 eses mediante el establecimiento de estándares

El sistema “5 eses” contempla todos los aspectos básicos necesarios para crear un ambiente de calidad; además de constituir uno de los principales antecedentes para establecer otros sistemas como las normas ISO y de Calidad Total. El objetivo del sistema de calidad “5 eses” consiste en optimizar los recursos, tanto humanos como físicos existentes en la empresa, para hacerlos más eficientes y que puedan funcionar por sí solos. Por otro lado, no sólo atiende al aspecto físico del lugar de trabajo, alcanza un espectro mucho más amplio, con una organización mental de la persona. En concreto, todos los conceptos abarcan el universo físico, el medio ambiente y el espíritu del individuo, con lo que se consigue la armonía en el trabajo. Si bien se dice que los hechos valen más que las palabras, en el sistema “5 eses” las palabras impulsan a los hechos. Se le ha agregado “5 eses + 1”, porque el trabajador también mejora como persona cuando las aplica.

Pasando a otro tema, por muy organizado y educado sea un colectivo laboral, siempre se suscitan problemas y conflictos, sobran las anécdotas de la rivalidad inconcebible entre profesionales de gran prestigio, por diversos motivos que van desde los celos profesionales, la terquedad y la autosuficiencia entre otros, incluso dejan hasta de dirigirse la palabra, lo que por supuesto incide negativamente en el trabajo. Hay un dicho popular que resulta útil en las relaciones laborales y que dice *“la ropa sucia se lava en la casa”*: Si el problema es entre tú y yo, los arreglamos tú y yo, si es del colectivo se discute y resuelve internamente en ese mismo colectivo. Resulta inadecuado discutir en presencia de otras personas o comentar el problema con otros que no son parte de ese colectivo, mucho menos si son ajenos a la institución, esto constituye muchas veces un caldo de cultivo para mayores problemas y favorece el desarrollo de un criterio negativo por parte de la población que presencia o se le comenta el hecho.

Buscar una imagen, es un sello distintivo que se consigue con un comportamiento y una cultura. Nunca habrá una segunda oportunidad para una mala impresión. Cada vez que nos comunicamos con una persona son dos mundos que se encuentran, hay que pensar en su modo de ver la realidad, sus problemas, ver su punto de vista. Lo importante no es el mensaje que tengo preparado, sino la persona a la cual va dirigido este. Hay que tener una constante retroalimentación. La comunicación es un proceso complejo en el cual hay que tratar a todos con dignidad y respeto. Es sobre todo escuchar, saber escuchar. Oír no garantiza que se esté escuchando.

La persona se percata si estamos o no en sintonía, para eso debemos:

- *Prestar atención. Abandonar aunque fuera por un momento el uso del celular y apagarlo si fuera preciso, no mirar continuamente el reloj ni por la ventana*
- *Realizar manifestaciones extra verbales que trasmitan comprensión y escucha atenta*
- *Hacer preguntas*
- *Repetir algunas de las ideas que nos comunican*
- *Mirar a los ojos de quien nos habla*
- *No hacer movimientos que distraigan al interlocutor*
- *No transmitir la sensación de que estamos apurados*
- *No hablar demasiado*
- *No interrumpir bruscamente al que nos habla*
- *Educarnos y educar al colectivo para que no interrumpa cuando hay dos personas conversando, aunque fuera en un pasillo, desgraciadamente constituye algo muy frecuente*

Existen una serie de gestos que tienen una significación bastante universal, según refiere en su libro Raquel Lorenzo, estos son:

- *Mirar el reloj: indica prisa*
- *Levantar las cejas: puede significar incredulidad*
- *Rascarse la nariz: puede expresar perplejidad*
- *Cruzar los brazos: puede indicar aislamiento o protección*
- *Mover los hombros: puede denotar indiferencia*

- *Guiñar un ojo: invita a la complicidad o hace sentir intimidad*
- *Golpear la mesa: puede significar impaciencia*
- *Darnos una palmada: puede ser señal de olvido*

Los trabajadores de la salud, especialmente si son profesionales, deben ser correspondientes con los criterios de su centro laboral, con su conducta armónica, que puede ser incluso el resultado posterior de profundas pero correctas discusiones, lo que sin lugar a dudas, transmitirá seguridad a toda la población. El trabajador de la salud tiene que tener bien claro su encargo social. A manera de ejemplo, dos situaciones que pueden ser muy conflictivas, la donación de órganos para trasplante y la realización de necropsias. Sería bastante paradójico que apoyemos estos procedimientos.....mientras no le correspondan a uno de nuestros familiares o amigos.

### **El trato con los pacientes y sus familiares**

La siguiente frase, no por repetida debemos dejar de cumplirla, porque constituye la base de cualquier conducta: *“Trate a los demás como le gustaría que lo trataran a usted”* pero le añadiríamos *“o a sus familiares”*, porque es en este último caso donde se pone más a prueba nuestra sensibilidad. El paciente y sus familiares tienen nombres, debemos aprenderlos y recordarlos, el paciente de la cama # 4 o los familiares del cuatro, son calificativos inaceptables pero que desafortunadamente se usan con cierta frecuencia. Ni lo haga, ni permita que se lo hagan a Ud.

Las redes de apoyo social pueden incluso modificar el curso de una enfermedad crónica, al extremo de que en una presentación en un congreso internacional utilizamos la frase: *“La ventaja de tener una enfermedad crónica”*, no solo por el apoyo familiar o del colectivo sino porque el enfermo pudiera reflexionar sobre su vida pasada y comenzar a ser recompensado con hechos cotidianos que quizás pasó por alto o menospreció cuando aún no conocía su enfermedad, así como evitar o controlar los factores de riesgo. La importancia del apoyo social la ilustramos con un ejemplo tomado de nuestra práctica: *“Una paciente anciana, con diferentes secuelas de diversas enfermedades crónicas, tenía el apoyo de su esposo que la cuidaba junto a una hija también con limitaciones psíquicas, de súbito muere su esposo, el futuro se mostraba tétrico para esa familia, por si fuera poco la paciente agravó una enfermedad renal que también padecía y necesitó tratamiento de hemodiálisis. En la discusión médica comentamos que quizás esta última*

*complicación podría ayudar a aliviar a esta familia tan sufrida, al recibir el apoyo también emocional de la comunidad nefrológica, integrada por los pacientes, sus familiares y cuidadores, las enfermeras, los médicos, la responsable de su alimentación, en resumen todos los miembros de un servicio de nefrología donde también se incluyen los taxistas, responsables de su traslado gratuito tres veces por semana cuando muchos de ellos llegan a ser casi como verdaderos familiares. Pues así sucedió y permitió prolongar su vida con calidad percibida durante años, experiencia que todos guardamos con sano orgullo y satisfacción”*

Resulta muy agradable recordar a un inolvidable y genial profesor que nos trató con consideración y respeto y además nos enseñó mucho. Nuestro profesor de Medicina Interna, el Dr. Humberto Rodríguez Hidalgo, el día que nos recibió por primera vez al inicio de tercer año, al pasar la lista de asistencia, nos pidió que nos levantáramos al oír nuestro nombre, éramos 52 alumnos. Inició su conferencia y desde ese momento cada vez que se refería a uno de nosotros lo hacía utilizando el nombre correcto. Al terminar la clase especulábamos que se los había aprendido durante las vacaciones con las fotos de nuestro expediente docente. Cuando lo conocimos mejor, nos dimos cuenta que ese era un rasgo, tanto de su genialidad como de su ética y decencia, de darle valor a todo ser humano, comenzando por lo aparentemente más sencillo, pero muy bien recibido por cualquier persona, que era ser tratado por su nombre.

El maltrato puede tener múltiples formas de manifestarse, desde el abierto y evidente, hasta el solapado y más elaborado, que puede ser mucho más dañino porque lo desarrollan personas con habilidad para ello y es más difícil de advertir y combatir. Para definirlo de una forma general sería todo trato percibido de una forma desagradable y aquí hay que tener en cuenta la susceptibilidad individual, porque lo que no es percibido negativamente por una persona, lo puede perfectamente ser por otra.

En una investigación realizada por los autores en una institución de salud encontraron los siguientes resultados ante esta interrogante: *¿Ha sufrido usted o algún familiar suyo alguna violación de la ética médica?*, respondieron que sí la mitad de las enfermeras y más de la mitad del personal médico y de otras categorías ocupacionales, y obsérvese que no se refería a maltrato a personas ajenas sino a los propios trabajadores de la salud, maltratados por sus mismos compañeros.

Los autores de este artículo han empleado en la docencia de pre y post-grado una situación polémica, que se puede producir a diario en la asistencia médica:

*Hay que seleccionar uno de dos profesionales, no hay una tercera opción (que sería el profesional ideal, afable y bien preparado)*

*a) Uno con poca educación formal, manifestaciones extra verbales de desagrado, pero con una calificación probada*

*b) Otro amable, simpático, cariñoso pero muy poco diestro y calificado*

Al interrogar a los alumnos, después de dudar un poco, la mayoría se inclinaba por el segundo profesional para su atención personal (posiblemente confiaban en que eran estudiantes del ramo y podrían auto-suplir la falta de conocimientos de este segundo profesional) pero cuando se trataba de un familiar seleccionaban al primero y soportaban diferentes humillaciones por el precio de saber que su familiar estaba mejor atendido *¿Le ha sucedido esto alguna vez amable lector?* Si usted tiene que pagar directamente la atención médica, es poco probable que permita que lo maltraten de una forma tan evidente y por otra parte el profesional interesado en enriquecerse, aunque sea de una forma poco sincera se mostrará amable y educado. Y continuamos con las interrogantes, *¿El hecho de que los servicios de salud sean “gratuitos” (toda la población laboral está contribuyendo a su pago), hace que los usuarios de estos tengan que permitir el maltrato y no exijan sus derechos contrario a como sucedería en la medicina mercantilista?* Sugerencia: Comience a exigir en cuanto reciba un maltrato y no lo permita, usted es el dueño de esa institución y es quien le paga a ese gran profesional pero muy mal educado.

Existe un tipo de maltrato muy enmascarado y es el que se produce cuando hay impericia por parte del profesional o el técnico, pero este se trata de una persona con una buena inteligencia emocional, para decirlo con una frase del argot popular *“nos mata felices”*.

Charles Chaplin escribió un magnífico artículo sobre la importancia de una sonrisa, que por su belleza reproducimos:

*Una sonrisa cuesta poco y produce mucho.*

*No empobrece a quien la da y enriquece a quien la recibe*

*Dura solo un instante y perdura en el recuerdo eternamente*

*Es una señal externa de la amistad profunda*

*Nadie es tan rico que pueda vivir sin ella y nadie tan pobre que no la merezca*

*Una sonrisa alivia el cansancio, renueva las fuerzas y es consuelo en la tristeza*

*Una sonrisa tiene valor desde el comienzo en que se da*

*Si crees que a ti la sonrisa no te importa nada, se generoso y da la tuya*

*Porque nadie tiene tanta necesidad de la sonrisa*

*Como quien no sabe sonreír*

La frase *“El valor de una sonrisa”* ha sido empleada en las unidades de salud en forma de campaña y se han colocado letreros murales al respecto así como mensajes en la TV. Nadie le puede restar el inmenso valor que tiene un trato humano y afable hacia los pacientes y familiares, entonces, luchemos todos porque las sonrisas proliferen, pero acompañadas de una adecuada preparación teórica y práctica porque ese es el encargo social que tenemos y que resulta insoslayable, para eso se nos paga un salario, por lo que cuando un profesional o un técnico se mantiene desactualizado y lo enmascara con simpatías, está cometiendo una violación ética muy peligrosa. Hans Martin Sass dijo: *“La ética sin pericia es desatinada y la pericia sin ética es ciega”*. Por lo tanto no debemos sobrevalorar la amabilidad sin pericia, algo que sucede con mucha frecuencia, expresión de lo cual es la frase: *“El nos cura con solo oírlo hablar y con su trato”*, no, no se engañe, eso no es cierto, nos cura con un trato amable pero también sustentado con conocimientos.

Los autores del presente artículo proponen dos clasificaciones de los profesionales, que pudieran resultar útiles tanto para que este se autoevalúe, medite y si lo considera “rehabilite” su situación profesional (que siempre resulta posible) como para los que van a solicitar sus servicios, en este mundo cada vez más informado. La clasificación es la siguiente:

Tipos de profesionales acorde al desarrollo:



1. Los mal preparados anónimos
2. Los mal preparados habilidosos no anónimos "La incapacidad se entrena"
3. Los que estuvieron bien preparados y ahora descansan en su experiencia pero no se actualizan
4. Los bien preparados pero que solo se actualizan esporádicamente por diversas razones
5. Los bien preparados que se actualizan a diario

Tipos de profesionales acorde a su nivel de profundización:

1. De superficie: Solo ven las causas proximales (fisiopatología)
2. De niveles intermedios: Analizan algunos aspectos psicosociales y del medio
3. De profundidad: Van a las causas de las causas (determinantes sociales, económicas y del medio)

Un ejemplo de estas determinantes de la salud es una situación empleada en la docencia que básicamente consiste en que un niño le pregunta a su papá:

-Papá ¿Por qué no viene mi amiguito a jugar?

-Porque se hirió jugando con unos hierros

-¿Por qué jugaba con hierros?

-Porque jugaba en el vertedero

-¿Por qué jugaba en el vertedero y no en el parque infantil?

-Porque es un niño muy pobre y sus padres no pueden pagarle la entrada a ese parque

La honestidad científica del profesional resulta decisiva para brindar un buen trato a los pacientes y a sus familiares. Defender la verdad ante todo y no dejarla modificar por otros intereses. Si se trata de impartir una conferencia, hay un compromiso ético, hay que garantizar la veracidad de los que exponemos, la actualización y la científicidad. El profesional está obligado éticamente a estar bien preparado y actualizado, de lo contrario no estará brindado ni una asistencia ni una docencia de calidad. Los autores hemos tenido el privilegio de tener magníficos profesores, uno de los cuales, nuestro profesor desde tercer año de medicina, el eminente radiólogo Dr. José Carlos Ugarte, nos enseñó

con su ejemplo la honestidad y el espíritu de superación. Se actualiza a diario y es un médico de “profundidad”.

Hay un cuento popular que hemos utilizado en la docencia y es el siguiente: *Un médico recién graduado regresó a su pueblo natal, donde ejercía su padre desde hacía muchos años, este último enfermó y el joven galeno ocupó su consultorio, allí atendió a un campesino adinerado que era paciente de su padre por una afección en los oídos, al examinarlo el joven médico detectó una garrapata y decidió extraerla, por supuesto el alivio fue de inmediato. Esto lo hizo meditar sobre la incapacidad profesional de su padre y con mucha delicadeza le preguntó a este por el diagnóstico de ese paciente. Su padre, de una forma muy rápida le contestó con una interrogante ¿No me vayas a decir que le extrajiste la garrapata?, porque gracias a ella te hiciste médico.*

Otro hecho en el que tomó parte hace años una de las glorias de la medicina, el brillante profesor, cardiólogo e inolvidable gran amigo, Raimundo (Mundele) López. En una oportunidad otro facultativo le pidió que valorara a un paciente por un dolor precordial, después de interrogarlo y examinarlo, dijo: *“Voy a indicarle un electrocardiograma”, el otro colega le respondió: “Aquí está”.* Lo observa y ve que es normal, y entonces dice: *“Me gustaría hacerle una placa de tórax”,* se repite la escena: *“Aquí está”, “bueno”,* dice Mundele, *“nos faltaría un estudio de esófago y de estómago para descartar una hernia diafragmática”, “aquí está también”,* le expresa el galeno que pidió la valoración. Mundele se aparta un poco y en voz baja le pregunta a uno de sus aventajados alumnos, que dicho sea de paso nunca lo olvidan: *“¿Quién es este paciente?”, “gerente de un hotel”,* le responde.

Un buen amigo de la temprana juventud, con el paso del tiempo fue el administrador de una fábrica de bebidas y licores. Durante la etapa en que ejercía esta responsabilidad, un día nos mostró los diferentes estudios radiológicos y de todo tipo que le habían realizado cada vez que acudía al hospital, aunque fuera por razones triviales. Mitad en broma y mitad en serio le dijimos: *“Aléjate de los médicos que te van a provocar una enfermedad por exceso de radiaciones”.*

La esencia de estas anécdotas que pudieran resultar simpáticas desgraciadamente se puede presentar en la práctica médica diaria, cuando se modifican los procedimientos médicos por complacencia para, de una forma directa o indirecta, recibir algún beneficio

material o de otro tipo, como lograr una mejor posición, ganar en influencias, obtener la fama injustificada de que *“ese si hace mucho por sus enfermos”*. ¿Cuál sería la conducta correcta?: No violar o cambiar las normas de actuación por motivos que fueran ajenos a una buena práctica profesional.

Resulta frecuente oír en los centros de salud, la frase *“los familiares de los médicos siempre se complican”*. El paciente recomendado o con características sociales distintivas, puede constituir un reto para la ética. Si variamos la conducta de rutina con estos pacientes, extralimitamos la atención, realizamos muchos más exámenes complementarios que los requeridos, insistimos para hacer el *“diagnóstico del año”* que nos puede catapultar a la fama o brindarnos alguna prebenda, o existiendo criterios de remisión a otra especialidad o de buscar el apoyo colectivo, no lo hacemos para no *“perder”* a este valioso paciente, simplemente estamos violando las buenas prácticas y estamos maltratando a estos enfermos que muy probablemente, de una forma paradójica, se sientan muy bien atendidos por el desconocimiento que tienen de la situación y sean engañados y maltratados, por la forma obsequiosa y falsamente complaciente de quienes la practican.

Algo muy peligroso derivado de esta conducta diferencial, sería considerar a los enfermos como si fueran de *“primera o segunda clase”*, todos deben recibir similar atención. Si en algo no pueden existir desigualdades es en la atención médica.

SER SERVICIAL, característica imprescindible para calificar como bueno a cualquier ser humano, NO SIGNIFICA SER SERVIL (como desgraciadamente a veces se pretende.....y se puede lograr), que sería complacer de una forma no sincera a determinado paciente obsequioso, a capa y espada, dañando si fuera preciso cosas tan imprescindibles como una buena atención profesional y a nuestro prestigio y dignidad. NO HAS ESTUDIADO NI TE HAS SACRIFICADO TANTO JUNTO A TU FAMILIA PARA ESO. Sanz Rubiales y col, en un artículo publicado en el año 2002, definen *“El síndrome del recomendado”*, por lo interesante que resulta reproducimos textualmente su resumen: *“El síndrome del recomendado” se manifiesta como la aparición de imprevistos y de complicaciones no habituales en pacientes con los que se pretende desarrollar una atención más esmerada. Aparte de lo que pueda ser debido al azar, hay factores de la práctica clínica habitual que favorecen la manifestación de este síndrome, muchos de los*

*cuales se pueden corregir. Todos provienen del cambio de la práctica habitual que se da con estos pacientes, como si en ellos no fuera adecuado seguir la misma actitud que con los demás. Algunos de los factores que favorecen la aparición de este síndrome son: la actitud del propio paciente, el empleo ineficiente de los recursos sanitarios, la ausencia de un registro adecuado de datos en la historia clínica y el cambio en la conducta habitual en la indicación y la interpretación de los estudios diagnósticos y en el tratamiento de estos enfermos. El mejor modo de prevenir este “síndrome del recomendado” es mantener, también con estos pacientes, una actitud clínica basada en unos conocimientos sólidos y seguir la misma línea de conducta que con los demás enfermos”.*

Narraremos una experiencia personal, que puede servir de ejemplo a los más jóvenes, cuando iniciamos años atrás la atención a un paciente de un alto rango, nos sentimos los médicos más importantes (todos tenemos cierto grado de vanidad, unos más, otros menos, unos la disimulan mejor que otros), la inteligencia de esa persona se encargó de aleccionarnos al respecto para toda la vida, algo que nunca olvidaremos, cuando dijo: *“Científico (sobrenombre conque afablemente nos llamaba), trátame como lo hace con Cheo Malanga”* (personaje cómico y famoso de la radio y la TV de antaño, que representaba a un ciudadano común).

El Dr. Mario Mendoza, en una interesante publicación titulada *“El síndrome de Hermógenes y el síndrome de Adriano. Médicos que enferman pacientes y pacientes que enferman a médicos”*: describe estos dos síndromes: En este artículo emplea una frase de Marguerite Yourcenar en su libro titulado *“Memorias de Adriano”*: *“Es difícil seguir siendo emperador ante un médico, y también es difícil guardar la calidad de hombre”*. Hermógenes era el médico del emperador Adriano. Define el primer síndrome como *“cualquier clase de padecimiento del paciente que sea ocasionado por una actitud deshumanizada del médico o del sistema de salud ante la enfermedad y el sufrimiento humanos”*. Citamos textualmente lo publicado por el Dr. Mendoza: *“se trata de un oficio de altísima responsabilidad, que exige de quien lo ejerce una ética a toda prueba, una sólida formación técnica y científica que le permita decidir correctamente en situaciones de incertidumbre y una condición moral que le sirva de guía al enfrentarse a las fronteras del conocimiento. El médico debe ser objetivo y debe ser compasivo; debe aprender a respetar las creencias de sus pacientes, así no las comparte; debe tener sentido de solidaridad social; debe saber conservar una prudente distancia afectiva en su actuación*

*profesional, pero sin olvidar la condición humana de los enfermos y sus familiares; debe ejercer liderazgo sobre el resto del equipo de la salud, sin actitud despótica, pero con firmeza; debe ser tolerante, comprensivo y flexible con los pacientes, familiares y colegas, sin renunciar por eso a sus opiniones y sin perder nunca de vista que el único fin de su actuación es buscar el beneficio del enfermo y no ganar discusiones; debe ser plenamente consciente de sus limitaciones como profesional y sobre todo, debe ser consciente de su capacidad de error, sin permitir que esta percepción deteriore la calidad de su ejercicio profesional por pérdida de la confianza en sí mismo. Estas condiciones no son innatas, ni se aprenden en un semestre académico, ni en seis años de estudios, más uno de internado, más uno de práctica rural más tres a cinco de especialización, que es el tiempo mínimo necesario para formar un especialista en cualquier rama de la medicina, o sea, entre once y trece años. Estas son condiciones que se cultivan durante años, y se retroalimentan y perfeccionan en la medida en que, con constancia y motivación, el médico aprende del contacto diario con sus pacientes, sus colegas, sus subalternos, las diversas instituciones en las que trabaja, en fin, de la sociedad entera. Estas condiciones requieren, como todo lo relacionado con la medicina, de predisposición vocacional y dedicación de por vida, y el costo de su aprendizaje es invaluable, ya que "el arte es largo y la vida corta". El ejercicio profesional del médico es una causa bien reconocida de estrés y desgaste no sólo físico sino también psíquico, pues la enfermedad no conoce de horas de descanso, de horarios nocturnos ni de días feriados. Por otro lado, la sociedad rara vez percibe los éxitos cotidianos que sobre situaciones realmente difíciles logran con esfuerzo, constancia e ingenio la mayoría de los buenos médicos, pero casi siempre destaca y a menudo castiga sin atenuantes, los errores humanos de los que nadie, por diligente que sea o capacitado que esté puede escapar, pues sólo no se equivoca quien no actúa, y no actuar, ya es una equivocación. Un oficio con estas características y que además se encuentra en permanente evolución, en el cual no existen verdades inmutables sino hipótesis dinámicas y cambiantes; un oficio que exige no sólo el tener la capacidad de aprender nuevos conceptos, sino la de olvidar viejos paradigmas; un oficio en cual nunca se deja de ser un estudiante; en fin, un oficio con un costo psíquico-físico y económico tan alto, no puede ser remunerado de manera exigua o tardía, pues entonces el profesional, para protegerse y para proteger a su familia, tendría que distraerse de su objetivo primordial -la medicina- para buscar alternativas de subsistencia más rentables y menos agobiantes".*

Posteriormente el Dr. Mendoza define el Síndrome de Adriano: *“dícese de toda actitud prepotente, arrogante o deshumanizada del paciente, sus familiares, sus representantes legales, los responsables de su seguridad social u otros, que pretenda menoscabar injustamente la importancia y la calidad del acto médico realizado por un profesional ético y competente, cualquiera que sea su fin o intención”*. Igualmente cita un artículo del cardiólogo Bernard Lown, premio Nobel de Paz, catedrático de Harvard, inventor del desfibrilador, y pionero en el uso de la lidocaína como antiarrítmico, titulado *“Los médicos necesitamos luchar contra el modelo de la medicina como negocio”* el que permite apreciar cómo los síndromes de Hermógenes y Adriano no conocen fronteras, ni eximen a los países ricos. Mientras exista deshumanización estos síndromes se presentarán, así exista abundancia de dinero y recursos técnicos. En su artículo el Dr. Mendoza concluye que existe el peligro de la destrucción de la medicina como profesión, y al nacimiento de una nueva estirpe de *“técnicos en asuntos médicos”*, producidos en serie para atender *“clientes”* en serie, *“el mayor número posible en el menor tiempo posible, y al menor costo posible para los intermediarios”*. Dejamos a usted, amable lector, su opinión y conducta (lea, medite y actúe) ante todo lo citado anteriormente.

Ayudar al prójimo debe ser un fin y nunca un medio. El agradecimiento de los pacientes se puede manifestar de diversas formas, por ejemplo dar un presente o un regalo. Aceptarlos o no ha constituido un tema frecuente de discusión, unos lo aprueban, otros lo critican. No está dentro de nuestros objetivos definir si esto es o no correcto, solo nos limitaremos a diferenciar los posibles objetivos del paciente al regalar algo material y como se comporta el profesional ante ello y creemos que usted es capaz, cuando las lea y medite, de poder deducir cuáles son las conductas que considera correctas.

El paciente:

- Entrega un regalo como una muestra sincera de agradecimiento, no importa el valor monetario sino el espiritual, se agradece incluso lo más sencillo
- Entrega un regalo como pago de la atención recibida (generalmente el valor del regalo es muy inferior al de la atención) y cuando cesa esta, igual termina lo que en un principio el profesional consideró una muestra de gratitud (algo que puede provocar malestar y cierto grado de decepción en este último)

El profesional:

- Recibe el regalo y sigue comportándose de una forma igualmente correcta como hace con todos los enfermos, sin ninguna distinción
- Privilegia de diferentes formas a quien le realizó el regalo, por lo tanto prefiere y busca a estos pacientes y estos a su vez lo comentan con otras personas, que repetirán una conducta similar
- Acepta el regalo y cuando se percata de que fue realizado con el objetivo de que sirviera como un pago, lo devuelve o deja bien claro que no variará su conducta por este hecho
- Nunca acepta regalos

Repetimos una vez más que la honestidad debe marcar estas relaciones y no manipular a los enfermos y a sus familiares aprovechando la situación de desconocimiento, dependencia o indefensión en que se encuentran.

Una anécdota real, que puede servir de ejemplo de manipulación, nos fue contada por un colega que la presencié y que goza de toda nuestra credibilidad: Un paciente recibió una mutilación injustificada, porque pudiera haberse evitado con un estudio previo más profundo, los profesionales responsables de esta, al comunicársela, eludieron los detalles negativos y muy eufóricos le dijeron *“alégrate, no tenías un cáncer”*, el paciente les agradeció sinceramente conmovido y con lágrimas en los ojos.

Existe un aspecto sobre el que lo invitamos a meditar, la atención a un paciente extranjero, donde nos surge una interrogante:

- Si difiere la ética entre el país del paciente y el nuestro ¿Qué ética utilizamos en el trato? ¿Relativismo ético?

En sentido general nadie está obligado a realizar algo fútil o que provoque daño. Cuando exista alguna contradicción se debe *“negociar”* en el mejor sentido de la palabra, utilizar los principios universales de la ética y la bioética y fijar las reglas antes de iniciar la atención. Un ejemplo de lo anteriormente citado sería una paciente que acuda a realizarse una mutilación genital por motivos religiosos y brinde su consentimiento y un buen pago por ello ¿La haría usted? A propósito, uno de los autores tuvo la amarga e involuntaria experiencia de observar una ceremonia de mutilación femenina y masculina en un país

africano y nunca olvidará ese acto de sufrimiento y barbarie. Afortunadamente ya existe una ley en contra de esta práctica.

Hay que partir del presupuesto de que los pacientes cuando se muestran insatisfechos de algún servicio, siempre tienen toda o gran parte de la razón, de antemano nunca se debe pensar que es una queja injusta, incluso si una persona se queja de un servicio que fue bueno técnicamente, es que muy probablemente hubo maltrato y-o problemas de comunicación. Entonces esa persona tiene razón. Esos pacientes disgustados nos ayudan a detectar nuestras insuficiencias, lo que debemos atender lo más rápidamente posible para eliminarlas y por ende acabar con el mal comentario, que de lo contrario se propagará contribuyendo a producir más desconfianza, sensibilidad, vulnerabilidad y nuevas quejas. Dicho en el lenguaje popular "*cría fama.....*"

### **Relaciones entre los profesionales y discusiones grupales**

Los autores de este artículo han empleado en la docencia de pre y post-grado, una situación tomada de la vida real, que puede servir de ejemplo a este tópico:

*Un paciente con una determinada afección es atendido por un especialista, este hace un diagnóstico e impone un tratamiento, también necesita el apoyo de otra especialidad, por tener un posible segundo diagnóstico y lo refiere a otro profesional:*

- a) *Este segundo especialista difiere del primer diagnóstico (que no corresponde a su especialidad y además el paciente no le fue remitido por esta causa), inicia una nueva ruta de complementarios y modifica el tratamiento*
- b) *El paciente le pregunta a su primer médico qué está pasando*

Las posibles interrogantes serían:

- ¿Cuáles son los deberes y derechos de esta triada?
- ¿Cómo evitar los conflictos?

Evidentemente la falta de comunicación directa entre estos profesionales fue la responsable de este problema. Probablemente otra situación existiría si ambos profesionales hubieran discutido el caso y entre los dos hubieran decidido la mejor conducta, ya que de no ocurrir esto último, tampoco un profesional debe permitir que se



continúe una conducta inadecuada, es su deber y su derecho corregirla, como es el derecho del primero de que sea convencido de su error si existiera o por lo menos oír su opinión. El paciente tiene todos los derechos para no sentirse atendido correctamente, porque esta situación genera mucha inseguridad.

También resulta cierto que en muchas ocasiones el tiempo y la distancia pueden conspirar contra el logro de una buena comunicación, pero a su vez las nuevas tecnologías de la comunicación permiten una interrelación impensable años atrás. Los profesionales deben agotar todos los recursos para la comunicación, especialmente cuando se trata de pacientes con una afección grave o de difícil diagnóstico, en las cuales resulta más probable que se puedan presentar estos conflictos.

Uno de los autores de este artículo presencié el siguiente diálogo: Un profesional le comenta a otro muy bien preparado, sobre continuar el uso de un determinado medicamento en un paciente nonagenario y que lo tomaba desde hacía algunos años, este segundo médico, sin reparar en la presencia del paciente, calificó literalmente como una *“barbaridad”* esa indicación en una persona de edad tan avanzada, el educado y sagaz anciano sonrió por lo bajo y al retirarse con el primer facultativo, le comentó que había sido precisamente ese médico quien le había indicado el medicamento un tiempo atrás no muy largo.

Otro aspecto que motiva diversos conflictos éticos es cuando se remiten pacientes de una a otra institución o provincia, buscando muchas veces mayores recursos. Es obvio que el que remite debió haber agotado todas las posibilidades en su medio antes de remitirlo y cuando se decida a hacerlo, si le resulta posible, debe comunicarse directamente con el que lo recibirá y explicarle los motivos de la remisión y siempre debe brindarle una atención especial al documento de remisión, redactado en un estilo lo más respetoso posible, con letra legible y explicando de la forma más amplia posible el porqué de la remisión. Esto también resulta extensivo a las remisiones dentro de la misma institución, aspecto que se viola con frecuencia y no solo constituye un maltrato al paciente (provoca demoras y complementarios posiblemente innecesarios), sino una falta de consideración y de respeto al profesional que recibe el caso. De igual forma la conducta ética del profesional que recibe la remisión es decisiva. Con cierta frecuencia las remisiones se evalúan negativamente, muchas veces frente a los pacientes y sus familiares. Si la

remisión resulta injustificada, existen mecanismos para discutir y buscar una solución con el emisor, sin darles participación a otras personas, pero también resulta que el que recibe al paciente remitido olvida que tiene muchos más recursos o más experiencia que el que remite y por lo tanto llega con más facilidad al diagnóstico. Por otra parte el centro de nivel superior no pierde tiempo en realizar diferentes diagnósticos diferenciales, porque esto se lo adelantaron los colegas que le remitieron al paciente.

Otra posibilidad es que se trate de una enfermedad evolutiva y en el momento en que la observó el primer médico, aún no aparecía el cuadro clínico completo, lo que ocurre en el periodo de traslado, por ejemplo, una situación que los autores han observado alguna que otra vez: *Un paciente con un dolor precordial de causa no precisa, que al no aliviar, su médico del nivel primario, del municipio o de una provincia del llamado “interior” decide remitirlo a la instancia superior. Cuando llega a esta ya ha pasado un periodo de tiempo, ya han brotado las vesículas que caracterizan al herpes zoster y el que recibió el caso se apresura a realizar su brillante diagnóstico y de una forma directa o solapada induce a devaluar el trabajo del que le remitió el caso y con ello demerita la labor del nivel que considera “inferior”.* Recordamos la frase de uno de nuestros inolvidables profesores de medicina interna: *“El caso complejo resulta difícil para todos”*

La comunicación entre los profesionales necesita la educación de estos al respecto, que pasan por las normas de cortesía, saber oír, no interrumpir al que nos vierte una opinión diferente, no apabullarlo para demostrarle que sabemos más de ese tema que él, que fue quien lo abordó primero. Cuando esto suceda recomendamos dar por finalizada la conversación y si el ofensor nos pregunta el porqué callamos, decirle con toda sinceridad lo sucedido porque así por una parte contribuimos a educarlo y por la otra defendemos nuestro derecho a no dejarnos menospreciar. En relación a las herramientas para lograr una buena comunicación, podemos referirnos al libro Víctor Puentes, donde cita a Konrad Lorenz (fisiólogo y zoólogo austriaco), cuando decía:

- Decirlo no significa que te escuchen
- Que te escuchen no significa que te entiendan
- Que te entiendan no significa que estén de acuerdo
- Que estén de acuerdo no significa que lo hagan
- Que lo hagan una vez no significa en lo absoluto que lo sigan haciendo.....

- Y tampoco que lo hagan bien, *“confía pero controla”*, añadiríamos los autores en este último punto.

El “destacón” en las relaciones interpersonales:

Solicitamos su licencia, amable lector para emplear este calificativo, no admitido por la Academia pero de amplio uso en el argot popular, donde todos entienden su significado. En el ámbito profesional puede presentarse en cualquier colectivo, es el que siempre maniobra para estar en la *“primera fila”*, no precisamente del esfuerzo o del trabajo anónimo y desinteresado, sino en la de los reconocimientos, él fue el que dijo el mejor diagnóstico, el que años atrás, en algún lugar de los que ahora no hay un testigo cercano, logró maravillas, que sabe presentarse como el primero cuando se produce un éxito y escabullir la responsabilidad cuando se avecina un fracaso, a veces está de verás muy bien preparado, pero echa por la borda esta preparación cuando, por vanidad exagerada, le escamotea el éxito a otros colegas y puede llegar hasta la deshonestidad si fuera necesario, para alimentar su ego. Otras veces es el profesional que citamos anteriormente: *“Los mal preparados habilidosos no anónimos”*, su incapacidad se ha entrenado y oye una frase acá, lee un comentario allá, interroga calladamente a quien de veras sabe del tema y arma su discurso triunfal que a no pocos engaña.

Estos personajes en sus diferentes variantes, en general resultan pedantes y poco a poco van siendo desenmascarados por los colectivos, pero dejan su daño en las relaciones interpersonales. Sus metas: La necesidad de destacarse para elevar su baja autoestima, satisfacer su vanidad o los deseos de sobresalir para obtener ganancias de diferentes tipos, muy evidentes cuando se trata de pacientes y familiares de los cuales se puede derivar un beneficio material y para ello luchan a capa y espada por ser los líderes del *“destaque”*. Son los *“astutos”* a toda prueba, cabría preguntarse en la escala humana quién está por encima entre este *“astuto”* o una persona calificada de una forma peyorativa como *“idiota”* o *“muy lento para la vida”*.

Que la sociedad es cada vez más competitiva, es verdad, ¿es esto saludable?, no entraremos en este análisis que escapa a los objetivos del libro, nos parece que siempre hay alguien presto a competir sana y productivamente, nosotros mismos podemos ser, pero deseche los celos y la envidia (el único pecado que no produce placer al que lo

comete), compita con usted mismo y siempre ganará si logra sus objetivos y su desarrollo, con preferencia sea suficientemente competente y no tan competitivo.

Hay una serie de frases hechas que lo ayudarán sin lugar a dudas:

*“Cada meta es otro punto de partida”*

*“El camino más largo comienza con el primer paso”*

*“La carretera más larga comienza por la primera piedra”*

*“Caminante no hay camino, se hace camino al andar”*

El magnífico cantante y poeta Silvio Rodríguez, entre los años 1969 y 1970, viajó en un barco pesquero por las costas de África, en pleno océano Atlántico compuso la canción *“Historia de las sillas”* y en ella nos legó una frase muy oportuna para tenerla siempre en cuenta, cuando alguien nos intente frenar el entusiasmo:

*“El que siga buen camino tendrá sillas*

*peligrosas que lo inviten a parar”*

Refiere Raquel Lorenzo en su libro, que ceder es la causa de que muchas personas no sean creativas, las presiones que invitan a la conformidad son fuertes. Por ello hay que tener fe en uno mismo, para tener el valor de fracasar y ser capaz de recuperarse nuevamente. Sobre todo en los momentos en que nadie cree en uno, es cuando se necesita más confianza en sí mismo, más autoestima y valor para defender las convicciones propias.

No hay que buscar reconocimientos continuamente, mucho menos trabajar para obtener muestras de gratitud. Conténtese con saber que lo ha hecho bien y que al menos lo respetan, además así se estará protegiendo de las ingratitudes (*“la ingratitud es directamente proporcional a su generosidad”*, frase de uno de los autores de este artículo). Como decía el actual escritor y amigo Lucio Bencomo, autor de interesantes y amenos libros costumbristas, cuando era un destacado dirigente político en un difícil periodo, en el que existía un terreno propicio para el desánimo: *“Si usted considera que no ha sido reconocido en su trabajo por algún éxito obtenido, no se deprima ni se frustre, reúna a su familia, bríndese un homenaje y entréguese un diploma si así lo considera*

*conveniente*". Algo en el mismo sentido refirió el periodista Fernando Rodríguez Sosa en una entrevista que le realizó Madeleine Sautié: *"Alguien dijo que ganar un premio era importante y que no ganarlo no tenía la menor importancia"*

Usain Bolt, el hombre más veloz de la historia, tricampeón de tres olimpiadas, que además se ha destacado por su simpatía y sencillez, dijo en las vísperas de la olimpiada de Londres: *"si pierdo no se acabará el mundo"*. Indudablemente, esa filosofía de la vida, el no creerse el centro del universo, ha constituido una de las bases para sus relaciones humanas satisfactorias. No recordamos la fuente de una frase que leímos en una ocasión, pero básicamente se refería a dos eminentes profesionales que competían por una sola plaza académica, el menos brillante dijo: *"Que gane el mejor"*, el otro, que además se destacaba por su modestia y decencia, pronunció una frase de exquisita cortesía: *"Mi oportunidad es que gane el que tenga más suerte"*.

Discusiones grupales en un ambiente laboral:

Existen diversos libros de texto que abordan las normas de las discusión en grupo y donde pueden ser revisadas de una manera más amplia, lo que escapa a los objetivos de este artículo, solo perseguimos ejemplificar lo que hemos observado en la práctica diaria y que pudiera servir para meditar y modificar conductas inadecuadas.

Nada de lo expuesto debe ser cuestionado y mucho menos atacado o reprimido. Son reuniones de grupos humanos que intercambian criterios con total credibilidad con el principio de que las cosas pueden y tienen que mejorar siempre. Se debe personalizar siempre que se pueda, llamar a las personas por su nombre y apellidos. Al concluir una discusión, quedan un grupo de personas con criterios favorables o desfavorables de lo debatido e incluso de ellos mismos. Nunca debe dejarse que nadie vaya a su casa y se acueste con sentimientos de humillación o agravios.

En las discusiones debe respetarse la diferencia, hacer todo lo posible por dar nuestro criterio antes que el de los profesionales de mayor nivel y edad y solo excepcionalmente hacerlo después, por algo muy bien justificado y solicitando excusas.

En estas reuniones se encuentran los que nunca participan, por ignorancia, por timidez o por temor a ser atacados o cuestionados. Están los que discuten siempre que tienen criterios, los que defienden tercamente un criterio, los que siempre hablan aunque repitan

lo que ya dijeron otros para no hacer notar su desconocimiento y los repudiables, los cazadores de ideas, que están esperando que otro exprese su criterio, generalmente alguien más joven o de calificación inferior, para con frases duras y lapidarias decir que están en contra de lo planteado y "*masacrar*" al infeliz que se equivocó en algún concepto, estos especímenes, que desgraciadamente abundan, dañan al colectivo, humillan a valiosos trabajadores y hacen que en las próximas discusiones muchos callen por temor a estos "*tiburones*" (como disfruta el colectivo cuando algún valiente los desenmascara). Por último están los complacientes y reconocedores de los criterios acertados.....de los jefes y de los líderes, son los que dicen siempre: "*como dijo....*", pero para ellos no existen los criterios de los subordinados a no ser que crean que coinciden con el criterio del superior.

Las actividades docentes y científicas con todos los trabajadores también mejoran las relaciones humanas en el colectivo de trabajo. En las discusiones grupales se debe crear un clima de confianza para expresar las ideas, no atacar cuando se plantee un criterio diferente al nuestro ni llevarlo al plano personal (por ejemplo decirle al confidente o a la confidente: "*Observaste, la tiene cogida conmigo*"), hay que reconocer el valor de las contradicciones, que nos llevan muchas veces a encontrar la verdad. Debemos aprender a oír criterios contrarios a los nuestros, sin creernos que somos dueños de la verdad ni que constituyen un ataque hacia nuestra persona o nuestro cargo.

### **El jefe con sus subordinados y los subordinados con su jefe**

Anteriormente propusimos una clasificación de los profesionales de acuerdo a su nivel de desarrollo y de profundización, que creemos pueda ser útil también a los jefes, para su uso de una manera discreta, no se trata de abochornar a nadie bajo ningún concepto, sino de impulsar su superación y estimular a los que están a la vanguardia, que serán los más útiles a su centro laboral.

El reto más importante para un jefe es que las personas sepan continuamente que son lo más importante de una organización. Una dirección humanizada pone a la gente en el centro de todo. Nadie puede dar un buen servicio, ni producir o investigar con calidad sino recibe respeto y aprecio permanente.

La forma en que el jefe motiva, faculta y educa a los demás, es lo que hace la diferencia. La principal razón del fracaso en el ámbito laboral son las habilidades personales deficientes. Cuando se han recogido las opiniones de profesionales graduados, argumentan que la capacitación académica no los preparó para el mayor desafío en el trabajo: la comprensión y la motivación de las personas. El puro conocimiento técnico solo lleva hasta un punto determinado, más allá de él, las habilidades personales se vuelven cruciales. Las habilidades técnicas son necesarias pero insuficientes para tener éxito en la dirección de grupos humanos y tampoco son suficientes para establecer una buena relación médico-paciente. Cuando el trabajador está motivado, cree en su jefe y no pide casi nada para enfrentar un problema, cuando no cree, desconfía y exige una perfección imposible de lograr, al transpolar este aspecto al ámbito de la salud, resulta lógico que la mayor parte de las insatisfacciones se originan en los pacientes y familiares que no confían en su médico de asistencia.

Un profesional inseguro, por ejemplo un médico, puede provocar un costo económico, científico y asistencial incalculable, no solo por la demora en establecer la conducta correcta, lograr un diagnóstico cierto e instaurar un tratamiento correcto, sino también porque indicará numerosos estudios complementarios, muchos de ellos muy costosos, una y otra vez. La seguridad puede lograrse con una adecuada preparación teórica y práctica (la experiencia adquirida trabajando mucho resulta decisiva) e identificando esta característica tanto por el que la padece, como por el jefe y por sus compañeros de labor. Identificarlo, elevar su autoestima y tratar de convertirlo en un profesional seguro.

El mobbing, anglicismo de moda, dicho en lenguaje popular consiste en jefes malintencionados que son capaces de hacerle la vida laboral imposible al subordinado, sin ninguna razón de peso. Resulta víctima de mobbing el trabajador que le cae mal al jefe por su carácter y no por sus resultados, o que no se le subordina de la forma servil como acostumbran otros y con valentía defiende sus puntos de vista, o que su plaza se necesita para otro trabajador más afín a la jefatura. A esa víctima solo se le reconocerán los errores, no será tenido en cuenta para la superación ni ningún estímulo, nunca recibe una frase de elogio y además recibe también el rechazo de los que, por agradar al superior, se hacen cómplices de esta mala actitud, en ocasiones el trabajador se agota, o se pliega a la violencia oculta del jefe, se transforma en un ente pasivo o decide trasladarse y esta agresión le pasa la cuenta con diversas enfermedades psico-somáticas.

Las formas de realizar mobbing pueden ser muy evidentes o muy elaboradas y difíciles de detectar, en proporción a la inteligencia malévola de quienes lo practican.

Toda persona tiene derecho a pensar y a expresar sus criterios, manipularlos para que dejen de hacerlo, aprovechándonos de determinada situación de poder sobre estas personas, constituye un acto muy repudiable. Frei Betto, en un artículo titulado *“Abdicar de pensar”*, se refería a Eichmann: *“Como un ser humano mediocre, mero burócrata de la máquina genocida dirigida por Hitler y reflejaba que su error fue abdicar de pensar”*. Además decía *“que en nombre de la ambición por ascender los escalones del poder, de mantener una función pública, de usufructuar la amistad de los poderosos, muchos abdican del pensamiento crítico, se tragan en seco los abusos de sus superiores, hacen la vista gorda a la corrupción y sonrían a quien en lo íntimo desprecian. Esa es la banalidad del mal. Muchas veces es resultado de la omisión, no de transgresión. Quien calla consiente. O del riguroso cumplimiento de las órdenes, que en última instancia violan la ética y los derechos humanos”*. Goebbels, uno de los pilares de Hitler (citado por Lisandro Otero en su libro *Avisos de ocasión*), señalaba como cualidades indispensables del intelectual: *“la obediencia antes que la capacidad de juicio, la renuncia de si mismo antes que la autorrealización”*.

Muchas veces, después de tener un profesional entrenado se pierde la cohesión del equipo porque este decide trasladarse a otro centro de trabajo o emigrar a otro país, el jefe debe tener presente esta posibilidad, para tratar de competir (de diversas maneras) con el nuevo estímulo que provocará la pérdida de este valioso trabajador. Para ello, entre múltiples factores, debe tener una idea de las aspiraciones de sus subordinados porque eso pudiera ayudarlo en esta difícil tarea. Los autores proponen la siguiente clasificación de los profesionales y técnicos:

Tipos de profesionales y técnicos acorde al traslado del centro laboral

1. Los que se trasladan dentro o fuera del país buscando lo que ambicionan, porque lo que pueden obtener donde están, den lo que le den de acuerdo a las posibilidades de ese medio, no les satisface
2. Los que nunca se trasladarían si tuvieran mejores condiciones en el presente y una esperanza de un porvenir favorable, para lo cual se basan en cómo le va a las generaciones más antiguas



### 3. Los que nunca van a trasladarse por diversas razones

Pensamos que los mayores esfuerzos de estímulo y reconocimiento deben estar en los grupos dos y tres. En este último grupo están los trabajadores más antiguos, que ya han brindado gran parte de su vida en su trabajo, por lo que merecen el mayor reconocimiento y porque ese reconocimiento constituye un ejemplo para los más jóvenes. De lo contrario es muy probable que estos piensen *"este no es el futuro que yo deseo para mí, después de haberme esforzado tanto"*

¿Cómo lograr que nuestros subordinados transmitan amabilidad, buen trato, sonrisa, si estos no la reciben de nosotros?. Queremos que sean ágiles, precisos, serios, que den respuestas coherentes y que además cumplan sus compromisos. Solo lo harán si sus jefes son de la misma manera con ellos. Los subordinados deben tener clara su justeza e imparcialidad. Que Ud. escucha a todos, estimula la participación con ideas renovadoras, toma nota, pero al final siempre toma una decisión. El jefe debe estar atento a la opinión de todos, preguntar constantemente a los subordinados, la solución está en manos de todos y solo así se logra un buen trabajo. Estar dispuestos a correr riesgos con el equipo, ser auténticos implica ser vulnerables.

Víctor Puentes señala en su libro una serie de interesantes ideas:

- Cada uno es el jefe del lugar donde está, no tiene otra persona a quien pasarle el problema, no puede pasarle el problema a su jefe (delegación inversa), tiene que resolver el problema
- Todos deben sentirse fuertes y tranquilos en sus posiciones
- El equipo está entrenado para triunfar
- Entre los compañeros, las sugerencias bien fundamentadas y justas son más que órdenes
- Se deben cumplir los compromisos. No ser ni impuntual ni informal
- Siempre brindar un trato afable

Los estímulos son muy importantes. Recibir en nuestra casa la felicitación y el reconocimiento de la persona que representa el lugar donde trabajamos y al cual hemos dedicado buena parte de nuestras vidas tiene sin dudas un valor incalculable. Honrar honra, y hace felices a los reconocidos y a los que estimulan. Hay que reconocer los

resultados y saber que sus esfuerzos son apreciados, y tener siempre presente uno de los conceptos de felicidad:

*"Salir contentos para el trabajo y regresar contentos para el hogar"*, sin olvidar que en el trabajo y alrededor de este transcurre la mayor parte de nuestra vida.

### **Educación de los educandos**

Menuda tarea y de una importancia fundamental. Aunque se haya repetido hasta la saciedad, la formación y reestructuración de valores tiene muchos aspectos, pero a nuestro modo de ver, de los principales son el ejemplo de los profesores y de otros trabajadores.

De igual modo que un joven músico o deportista tienen un entrenador guiando sus pasos, el estudiante o trabajador de la salud que inicia su vida laboral en un policlínico, en un consultorio o en un hospital, debe tener el apoyo, el ejemplo, los consejos y sugerencias del más experimentado jefe o profesor de su organización. Hay que lograr un buen conocimiento y desarrollo de la ética en relación con los que comienzan su vida laboral. Insistimos, la vida de los más experimentados, su ejemplo, sus anécdotas y enseñanzas, posiblemente sean superiores a una conferencia teórica o al mejor libro de ética. Si el mentor tiene problemas éticos en su desenvolvimiento profesional, es probable que estos sean reproducidos por algunos de sus alumnos.

Los estilos de vida inadecuados de la sociedad moderna contribuyen cada vez más a la morbi-mortalidad y combatirlos constituye un compromiso ético de los trabajadores de la salud, pero ¿qué ejemplo le da un profesor a sus alumnos, cuando les habla de los estilos de vida saludables que él mismo no posee?, sería algo así como *"Haz lo que yo digo, pero no lo que yo hago"*

Hay que inculcarles a nuestros alumnos que los documentos oficiales deben caracterizarse por la calidad en su confección y el respeto si se dirigen a otro profesional u otra persona. Evitar y combatir el plagio, la deshonestidad científica y la mentira. En una tesis de grado, las faltas de ortografía y de redacción y la insuficiencia del contenido indican ignorancia, pero los errores mecanográficos no corregidos indican irresponsabilidad y falta de respeto hacia los lectores.

Nos contaba un amigo, destacado nefrólogo en la actualidad, que durante su formación como residente tuvo que realizar una rotación en otra unidad, en esta la jefatura era desempeñada por una persona no precisamente agradable, que lo recibió con la siguiente frase: “*No se angustie querido doctor, cuando ustedes llegan acá ya tienen su evaluación*”, todo pronunciado de una forma y en un lenguaje extra verbal, que no hacía presagiar nada bueno para el fin de la rotación. Los juicios anticipados son muy dañinos, la mayoría de las personas no son ni totalmente malas ni totalmente buenas, somos un conjunto de virtudes y de defectos. Refería el ilustre Profesor Charles Magrans, pionero de la nefrología en Cuba y un verdadero maestro, que el no menos ilustre y eternamente recordado Profesor Abelardo Buch, padre de esta especialidad en nuestro país, era capaz de ver las virtudes que poseían todas las personas que dirigía y las ayudaba a desarrollarlas.

Resulta muy importante no enjuiciar a los educandos debido a una apreciación superficial sin tener suficientes elementos de juicio. Igualmente los profesores deben estar atentos y no ser cómplices del llamado “*bullying*” que puede surgir entre los alumnos y de lo cual ningún lugar está exento, una de las formas de expresarse sería la discriminación o menosprecio por diversas causas de uno o varios condiscípulos, por ser menos bellos o menos inteligentes o con menores posibilidades económicas o ser el más disciplinado en un grupo de indisciplinados. ¡Cuidado, esto está sucediendo!, eduquemos a nuestros alumnos e hijos para que no sean ni victimarios ni víctimas.

Se han realizado interesantes estudios para evidenciar el efecto Pigmalión, por ejemplo en uno de ellos, un grupo de alumnos que iniciaba su curso en una nueva escuela fue dividido completamente al azar en dos subgrupos (A y B), al presentarlos a la dirección de la nueva institución se les dijo que esta división fue motivada por los resultados de un test de inteligencia que les fue aplicado, lo cual no era cierto. Los del grupo A poseían falsamente una inteligencia superior al promedio. Pasó un año y al analizar los resultados de los exámenes finales, se encontró que los alumnos del grupo A aventajaron de una forma significativa a los del grupo B. ¿Cuánto daño se le provoca para el futuro a los niños más bellos o de familias influyentes, cuando transitan por “*camino de rosa*” en sus notas y al llegar a niveles superiores o enfrentar la vida laboral son unos incapaces y frustrados? ¿Conoce usted algunos ejemplos, estimado lector?

Raquel Lorenzo cita en un interesante libro, que la historia no recuerda a las personas que tienen altas puntuaciones en los test de inteligencia o que aprenden bien sus lecciones en la escuela, pero que a su vez tienen poca o ninguna motivación en lo que hacen, ahí radicaría el compromiso pedagógico y ético de los profesores, despertar o crear estas motivaciones.

Los periodos de exámenes se caracterizan por un lógico estrés. El ambiente del examen no tiene por qué ser desagradable, no hay motivo para incrementar las tensiones que ya tienen los educandos. Las pruebas son para demostrar los conocimientos del que se examina, no hay porque humillarlo ni es para demostrarle que sabemos mucho más que él (por eso está en formación), cuando esto sucede deja una huella que perdura toda la vida e influirá por supuesto en el criterio que ese ya ex alumno exprese en el futuro sobre los profesores que lo examinaron. En una entrevista reciente, Amaury Pérez, conocido cantante y compositor y talentoso locutor cubano a la periodista Magda Resik, expresaban algunos elementos que se aplican a lo anteriormente señalado, en esta entrevista se dijo que el interrogador no debe apabullar al interrogado, no es demostrarle que se sabe más que él, no es acosarlo con preguntas, es ser capaz de sacar la mayor cantidad de información en un ambiente ameno y no “acosarlo” en aras del escaso tiempo para que apoye el criterio del que interroga y no el que podría tener y ser diferente. ¿Le recuerda a alguien amable lector?...A nosotros si. Ojalá que estas ideas sirvan para una reflexión saludable.

¿Qué no debemos dejar de enseñar a nuestros alumnos e incluso a nuestros hijos?, Pues a algo tan aparentemente espontaneo y sencillo como a ser felices. ¿Qué enseña una parte importante de la sociedad?, a competir, a aspirar por encima de las posibilidades, a nunca estar satisfechos. Esto no significa que lo contrario sea pasividad ni conformismo, consiste en seguir desarrollándose y luchando pero con una perspectiva feliz *“no obtuve la medalla de oro, pero competí y realicé mi mayor esfuerzo”*, diría un buen deportista. John Lennon dijo: *“La vida es lo que transcurre mientras hacemos planes para el futuro”* o *“la vida es eso que sucede mientras nosotros nos ocupamos de otras cosas”*. Enseñemos a nuestros alumnos e hijos a dar su mayor esfuerzo y que esta sea su recompensa y meta principal, no a luchar por posiciones y a que su disminuida autoestima los haga sentirse inferiores cuando no logran sus objetivos. Lo que hoy nos parece tan grande resultará pequeño con los que conoceremos mañana. Cada cual debe trazarse metas altas pero

que no sean inalcanzables y nunca sentirse triste *“por no poder ser cosmonauta”* o *“usted aspira y lucha por tener un yate de paseo, pero vaya disfrutando la vida no vaya a ser que el yate que ambiciona demore o nunca llegue”*. Decía el eminente crítico de cine, Rolando Pérez Betancourt, en un artículo titulado: *“Medianoche en París”*: *“Todos aquellos, que aun llevando una vida de éxitos, creen que mejor les hubiera ido de otra manera”*. Escribió Raquel Lorenzo que en una sociedad basada en los conocimientos, se pretende que todo el mundo tenga éxito. Esto es imposible. Para muchas personas existe, a lo sumo, una ausencia de fracaso. La recomendación de los autores *“Crear la Felizología”* y enseñar a todos a ser felices.

Decía la periodista Lisandra Fariñas: *“Anda un joven juicioso y reflexivo. Impulsivo pero paciente a la vez. Destella energía en sus ojos. Tropieza, cae, pero acepta la mano amiga del abuelo, escucha la voz de los años, respeta tanta cana peinada. Y desde temprano aprende la lección más importante que impone la vida: ser humildes, ofrece. Porque compartir lo que se sabe enriquece”*

Los educandos, solos, sin apoyo, a veces combatidos por sus ideas nobles y desinteresadas de cambio e innovación, muchas veces desisten, se dan por vencidos y se recluyen en sus mundos personales o deciden simplemente cumplir con lo arcaicamente establecido sin intentar cambiar nada más. Ser un buen mentor es entregarse y comprometerse, no crear una relación de dependencia ni un chequeo permanente de todo, ni impedir que el joven tome sus decisiones aunque implique el riesgo de algunos errores. El discípulo irá logrando su independencia a través de esa relación efectiva y favorable con el mentor. Este debe tener total pasión en lo que transmite y la absoluta coherencia entre sus palabras y lo que hace. *“Haz lo que yo digo y lo que yo hago”*, no lo contrario. Nuestra razón debe estar bien cerca del corazón y tratar siempre de desarrollar la inteligencia emocional.

Parejas y sexualidades. ¿Dónde estamos y hacia dónde vamos? ¿Existe una ética del vínculo?

*Se reunieron un grupo de amigas y amigos para festejar el aniversario 50 de la graduación del preuniversitario. Entre bromas de todo tipo y recuerdos imborrables emergió uno imperecedero, las llamadas fiestas de “quince”, los quince años, etapa vivida por todos. Las quince parejas para la coreografía usual de los bailes tradicionales. Posiblemente si a un adolescente de esos tiempos se le hubiera pedido una frase corta que incluyera la palabra pareja hubiera dicho “las quince parejas”, teniendo de fondo la eterna música del disco “los quince de Paul Anka”. Se conformaban primeramente no tanto por la afinidad emocional, sino por la correspondencia en el tamaño, el hombre algo más alto, no mucho más, para ese había también una joven más alta, de acuerdo a su calidad como bailarines (los buenos de verdad no aceptarían una pareja “dispareja”, que los hiciera lucir mal, posiblemente ni aunque fuera su verdadera pareja en la vida), sin nadie nombrarlo, también los de piel mestiza o negra se agrupaban por esta característica. Bajo ningún concepto a nadie se le hubiera ocurrido conformar públicamente (existían siempre, pero muy a escondidas) una pareja del mismo sexo, o poner a bailar tres o cuatro personas unidas, en no pocas ocasiones surgían amores en estas fiestas que tenían el propósito y así lo juraban de durar “toda una vida”, “toda una vida, estaría contigo”, linda canción ¿la conoce?, si no búsquela porque como dice nuestro profesor y amigo Calviño, “vale la pena”. Una de las asistentes al festejo por el 50 aniversario, pensadora ella, aplicaba esos recuerdos a cosas mucho más amplias, como sería la conformación de la pareja actual y analizaba cómo: ¿para bien? o ¿para mal?, poco a poco, con el paso de los años, se había ido transformando la composición y hasta si se quiere el concepto de pareja, cuantos estereotipos estaban desapareciendo, cuáles quedaban y cuáles posiblemente habían surgido en la llamada “modernidad”.*

## **Introducción**

Existen dos interrogantes que nos asaltan continuamente en relación con la pareja:

- ¿Dónde estamos y hacia dónde vamos?, en relación con el proyecto de lo que es y será la pareja
- ¿Existe una ética del vínculo?

**Para ello, a continuación se reflexionará sobre la forma en que** la pareja contemporánea **está viviendo** las diferentes alternativas de su proyecto y por tanto la implicación que esto posee en su sexualidad, partiendo de dos análisis: Si realmente la concebimos en crisis con una tendencia a desaparecer, como piensan algunos especialistas o afiliarnos a la postura de que está sufriendo grandes cambios, en ocasiones convulsos, pero que se mantendrá, los autores coinciden con este último criterio. El proyecto de vínculo continúa siendo una prioridad para la mayoría de las personas, aunque por ejemplo en este las exigencias culturales y económicas entran muchas veces en contradicción con un modelo rígido y canonizado de lo que debe ser una pareja con calidad, además de cómo poder lograr la armonización de las exigencias del mundo externo con los proyectos personales, incluyendo los que cada pareja se pautan, todo lo cual resulta realmente algo complejo.

Existe una diversidad de parejas no solo desde su orientación sexual, sino también desde su estructura, metas, formas de organizarse, expectativas y realidades que se repiten a nivel nacional e internacional, pero sin embargo la mayoría de ellas ven la calidad de la relación vinculando dos criterios, el de la satisfacción con el proyecto y el de su durabilidad, los cuales no siempre se conjugan. Generalmente la pareja actual lo primero que privilegia es la satisfacción.

Todo lo analizado con anterioridad impacta en la forma en que cada persona vivencia su sexualidad e incluye la posibilidad de la aparición de malestares hasta la instalación de una disfunción sexual.

Todas estas reflexiones basadas en la experiencia de uno de los autores en sus 32 años de práctica clínica como terapeuta sexual y de pareja, así como lo aprendido en los medios de comunicación masiva, facilitará el desarrollo de reflexiones y orientaciones sobre estrategias para vivir con más satisfacción este vínculo. Se abordarán los problemas que enfrenta la pareja de hoy en el desarrollo de su proyecto, desde la propia selección, expectativas de lo que espera y las diferentes etapas de la vida en pareja,

vinculado todo a la posibilidad de un disfrute pleno de la sexualidad, todo dentro de un marco suficientemente flexible pero por igual ético.

Este material pudiera resultar útil a un público amplio, necesitado de reflexionar y conocer cómo se presenta el proyecto de pareja actual con sus diferentes matices y alternativas, dejando a un lado posturas de clasificación de lo bueno y lo malo y dando una imagen más amplia de la forma en que se vive en la actualidad las relaciones eróticas y amorosas, llevando siempre el análisis a la necesidad de tener límites y de respeto al otro o la otra (*“el respeto al derecho ajeno es la paz”*). Entonces estaríamos acercándonos a reflexionar sobre nociones de la ética en las relaciones de pareja, algo por supuesto personalizado, pero con elementos generales que deben cumplirse para la convivencia, el intercambio y la permanencia de un proyecto.

A continuación se abordarán los siguientes aspectos:

- ¿Qué le preocupa a la familia de hoy sobre la sexualidad y la vida en pareja?
- La pareja contemporánea. Modelos actuales de vivir en pareja.
- Satisfacción en la vida en pareja ¿En qué criterios se basa?
- La pareja cubana. Realidades y desafíos.
- Cuidado y autocuidado. Una mirada necesaria hacia la salud de las mujeres
- ¿Existe una ética de las relaciones de pareja y de la sexualidad para cada etapa de la vida?
- ¿Y la credibilidad del proyecto de pareja?

No agradecería comenzar estos aspectos con una interrogante:

***¿Qué le preocupa a la familia de hoy sobre la sexualidad? ¿Y a los especialistas del tema?***

Se debe recordar que *“la sexualidad tiene un carácter privado, personal e íntimo”*, pero ello no quiere decir que renunciemos al encargo social de educarla y que no podamos hablar abiertamente sobre estos asuntos. Ahora: ¿Cómo?, ¿Hasta dónde?, ¿De qué manera? Se podrá ir perfeccionando, pero lo que no podemos hacer es ignorar que nuestros hijos, alumnos, pacientes, parejas y familias en general, necesitan de una información y orientación adecuada, incluso herramientas científicas en los casos



necesarios, para poder vivir la sexualidad de una forma más placentera y segura, lo que sin dudas redundará en la vida en pareja y en familia.

Uno de los temas que menos se habla con los hijos son los referidos a la sexualidad, a la vida en pareja, convirtiéndose muchas veces en una zona de silencios y de actitudes evasivas. También puede mostrarse su manejo con reacciones exageradas ante manifestaciones normales de la sexualidad infantil, del adolescente o de la tercera edad, relacionado con un falso pudor, con prejuicios o con el temor a incentivar posiblemente el interés en estos temas y llamar la atención sobre algo que estaba inadvertido. El no contar con los elementos y la información adecuada para pensar y vivir el amor, la sexualidad y la pareja, hace que muchas personas vivan esta esfera de la vida con miedos, culpas y angustias reprimidas.

Otro elemento a tener en cuenta es que, cuando profundizamos en la dinámica de muchas parejas, estas califican su comunicación como buena, pero al profundizar en la misma, vemos que en su contenido se habla de la familia, el trabajo, los vecinos, pero muy poco de ellos refieren lo que les preocupa, les molesta, lo que quisieran mejorar y si lo hacen, es generalmente en momentos de tensión y como si se realizaran “*ajustes de cuentas*” de muchas situaciones y malestares acumulados. Se piensa que tratar estos temas pudieran poner en riesgo la relación, de aquí la necesidad de desarrollar estrategias comunicativas más eficientes, donde ser asertivos (decir lo que se siente, piensa y desea) y empáticos (saber ponerse en el lugar del otro), constituyen aspectos indispensables.

Compartiremos algunas reflexiones sobre estas problemáticas, que están basadas en la información obtenida a través del trabajo durante muchos años hasta la actualidad de una de las autoras, tanto en la página digital de consulta del periódico “*Trabajadores*”, denominada “*Hablemos sobre sexualidad*”, así como de la información obtenida por las preguntas y los correos electrónicos recibidos en los espacios de TV: “*Sexualidad y vida cotidiana*” y “*Triangulo de la confianza*” del Canal Habana, así como en “*Pasaje a lo desconocido*”, a lo que les une los conocimientos adquiridos de la insustituible experiencia obtenida en la práctica clínica, donde debe continuamente tratar de dar respuestas a las inquietudes y preguntas acerca de la sexualidad, la vida en pareja y el amor, incluyendo que en cualquier medio que exista una reunión social, aparecen estos temas, y nos surge

la interrogante: *¿Es que a través de todos los tiempos habrán muchos aspectos que hayan despertado el interés de tantas personas como la sexualidad?* La autora analiza que estas inquietudes son las mismas que durante 32 años se le han presentado en el espacio de la consulta y en el trabajo que ha realizado en los medios de difusión masiva como orientadora y terapeuta sexual, por lo que los comentarios a las mismas pudieran servirle de utilidad a un gran grupo de personas y en especial a las familias.

Formulamos otra interrogante:

*¿Lo que nos preocupa ahora es lo mismo que hace algunos años atrás?,*

Se pudiera parafrasear una de las canciones del magnífico cantante José José “*lo que un día fue....ya no es*” En el pasado, los temas que más les inquietaban a las familias eran mantener la virginidad hasta el matrimonio, el “*peligro*” de los juegos sexuales entre los niños o las conductas de iniciación de los adolescentes, el temor a la homosexualidad de los hijos o las hijas y la preocupación por la perdurabilidad de la pareja, entre otros. La mayoría de los temas mencionados anteriormente han pasado a ser aspectos que se valoran como cotidianos y no generan una gran preocupación en estos momentos, e incluso algunos como la virginidad, ha pasado a tener en pocos años una significación contraria para la mayoría de las personas, o sea, si hasta hace 30 años, perder la virginidad era un tabú, que produjo incluso muertes, duelos y discriminaciones, entre otros actos que impactaron en la vida de muchas personas y familias, en la actualidad preservarla no significa lo mismo, en especial en los jóvenes, lo que hace que adolescentes y jóvenes de ambos sexos, para quedar bien con su grupo, muchas veces declaren relaciones que no han tenido o comiencen relaciones sin la necesaria preparación, gusto, interés y hasta por qué no sin amor. De aquí que se mantenga la necesidad de seguir orientando y educando sobre estos temas, ya que esto también acarrea malestares y trastornos.

La autora recuerda a una adolescente de la enseñanza media que fue traída a su consulta por sus padres, con la problemática de que la mayoría de sus compañeros y compañeras de escuela, se referían a ella como “*la virgencita, la boba*” por no tener novio y no haber tenido relaciones sexuales, lo que la constituía en un objeto de burla y de rechazo, esto por supuesto la angustiaba y le provocaba un sentimiento de inferioridad. Para sentirse parte del grupo, aceptó una verdaderamente triste y amarga relación sexual,

sin las condiciones adecuadas tanto objetivas como subjetivas, lo que le acarreó grandes trastornos. Los padres y los maestros comenzaron a notarla retraída y deprimida, con un impacto incluso en su rendimiento escolar. Resulta importante aclarar que esta situación no es privativa de las muchachas, por igual puede ocurrir en los varones.

Otro ejemplo que puede ilustrar los cambios, es que en tiempos atrás se vivía un verdadero ritual acerca de la iniciación de la vida en pareja, con todo el preámbulo del cortejo, la “*petición de manos a las padres*”, el noviazgo, para terminar en el matrimonio muchas veces no tan rápido. Pero todo esto cambió y en muchas ocasiones, sin prácticamente conocerse, ya la pareja comienza las relaciones sexuales y la vida en pareja. No es que nos constituyamos en jueces de lo que se debe o no hacer, pero si es evidente que conocer un poco más al otro o la otra, siempre resulta provechoso.

Las situaciones anteriores muestran cómo pueden cambiar las concepciones acerca de los temas relacionados con la sexualidad, las interpretaciones de lo que se concibe como “*bueno*”, “*aceptado*” o “*normal*”, por la sociedad o por grupos, pero tanto los familiares, los maestros así como los especialistas tienen la responsabilidad de estar alertas sobre los impactos que estos temas producen en la vida de las personas, existiendo grupos etarios con una mayor vulnerabilidad por sus características psicológicas, como es la adolescencia, donde la opinión del grupo ocupa un lugar fundamental.

En resumen, en las investigaciones realizadas por los autores, se ha constatado que en la actualidad las inquietudes se reúnen en tres grandes grupos:

1. Problemáticas de la pareja contemporánea, donde sobresalen las preocupaciones sobre:
  - Familias extendidas, reconstituidas, multiparentales, con sus nuevos y complejos estilos de convivencia y comunicación
  - Familias donde la mujer está sola al frente de la educación y protección de los hijos o sin el apoyo de los padres.
  - Visibilización de la infidelidad tanto masculina como femenina
  - Intercambio de parejas
  - Nuevas formas de vivir en pareja (llamadas modernamente “*triejas, cuatriejas*”, es decir tres o cuatro personas con relaciones al unísono y posiblemente conviviendo)

## 2. Diversidad sexual:

- Presencia de homosexualidad en las diferentes etapas de la vida: Visibilizado en los medios de difusión masiva, telenovelas nacionales y extranjeras. En el pasado era un tema poco abordado, es oportuno señalar que en la actualidad se hace frecuentemente pero no siempre con el enfoque más adecuado. Existe la necesidad de alejar las posturas compatibles con enfermedades o trastornos, o como si fueran de caricaturas u objeto de bromas y burlas, hay que respetar a las personas y a su derecho de disfrutar la orientación sexo erótica que posea y desee.
- Parejas homosexuales educando a hijos o hijas, por ejemplo, un caso atendido en consulta de dos profesionales mujeres preocupadas por la educación de la hija de una de ellas y de cómo manejar la inserción social en la escuela, sin que esto le produjera dificultades en la adaptación de la niña.
- Preocupación de los hijos de padres o madres con una orientación homosexual y su inserción social.
- Parejas que representan la diversidad en la raza, la religión y la nacionalidad, entre otras

## 3. Incremento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y especialmente dentro de ellas el VIH-SIDA.

Esto enfrenta a la familia a la realidad de un nuevo cuadro de salud– enfermedad, con las implicaciones para la vida y las secuelas físicas y psicológicas que pueden provocar estas infecciones de transmisión sexual. Se debe asegurar una sexualidad responsable pero que no excluya el placer, pues lo primero es transmitir lo bello, lo bueno y placentero que conlleva la sexualidad, no solamente relacionado con la intimidad de los cuerpos, sino con la ternura y la vida en pareja, para insertarlo todo en un tema de cuidado y autocuidado, que debe ser transmitido, no solo para los adolescentes, sino en las diferentes etapas de la vida. Hay muchas personas que mantienen relaciones sin el cuidado y la responsabilidad necesaria, pero esto no es motivo para satanizar o “*aberrar*” una esfera de la vida tan bella como es la sexualidad.

Recordamos una conferencia que presenciamos de un especialista de gran experiencia en estos temas, que para recalcar la necesidad y confiabilidad del condón, mostró que podía retener más de un litro de agua; y nos preguntábamos si es que estaba queriendo

demostrar una prueba de resistencia y dónde estaban las actitudes de respeto, por sí mismo y por el otro, así como la necesidad de cuidado cuando nos gusta otra persona, ya fuera por amor o atracción, además *¿dónde estaban las estrategias para lograr erotizar el uso del condón, rompiendo el mito de que inhibe las sensaciones placenteras, buscando vivir una sexualidad con placer y responsabilidad?*. Quiero comentarle que salimos muy decepcionados, pues aquello parecía más una función de circo, que una charla educativa.

Un tema importante y que no pierde su actualidad es la necesidad de buscar las vías y estrategias más seguras para prevenir los riesgos de contraer una ITS, incluyendo el VIH/SIDA. Por ello resulta imprescindible analizar cuáles son los estilos de afrontamiento más frecuentes para buscar las alternativas de cambio.

Muchos especialistas coincidimos en la reflexión que aunque ha aumentado la información y debido a ello el nivel de conocimientos de la población, especialmente en los adolescentes y jóvenes, donde se ha realizado un trabajo más profundo y sistemático al considerarse poblaciones vulnerables, pero la forma en que hemos desarrollado nuestra labor (lo que incluye a los medios de difusión masiva, las escuelas y las familias, entre los actores más importantes) no ha surtido todo el efecto esperado.

Probablemente uno de los elementos que más ha contribuido a ello, es que hablamos más de factores de riesgo que de factores protectores, donde no solo está el uso del condón y de una negociación y comunicación clara en la pareja, sino también otros elementos que apuntan más a procesos afectivos, como es el lograr vínculos más profundos en la relaciones de pareja que permitan un diálogo, donde se tengan en cuenta las necesidades e intereses del otro o la otra pero sin detrimento de uno mismo.

Sería recomendable analizar que ante el riesgo de infectarse por una ITS, existen cuatro posibilidades o ángulos de afrontamiento, que conformarían un cuadrado que no llega a ser perfecto, pues solo uno permite un afrontamiento adecuado (consideramos que es el primero que señalamos). Estos son:

- Las personas que se protegen de forma responsable con el uso del condón, con relaciones seguras y con un diálogo que permite la negociación.
- Las personas que solo se protegen para evitar un embarazo no deseado, por ello o usan el condón solo en el momento de la eyaculación o practican relaciones anales

no protegidas, o interrumpen el coito en el momento de eyacular, o solo se protegen ante situaciones que ellos consideran de riesgo o solamente al inicio de las relaciones con una nueva pareja, sin tener en cuenta el periodo llamado de “*ventana*” en el que se puede manifestar el virus (incluso con análisis sanguíneos previamente negativos, la persona puede contagiar a otra y posteriormente obtenerse los resultados positivos).

- Las personas que no se protegen y asumen una actitud no responsable para sí mismo y con su pareja, con argumentos tales como “*a mí no me va a ocurrir*”, de “*algo hay que morirse*”, entre otras explicaciones sin verdaderos argumentos.
- Las personas que evitan tener relaciones sexuales y otras incluso hasta relaciones amorosas por temor al contagio, lo que limita su vida social y usan alternativas como el sexo por internet y los juguetes sexuales (que no es que no pueda ser una alternativa ante determinadas situaciones de soledad, pero no sería nunca la única ni la definitiva), solo por el miedo a relacionarse y enfermarse.

Estas formas de afrontamiento nos permiten reflexionar sobre la necesidad de seguir buscando estrategias para que las personas encuentren alternativas sanas, sin limitar el derecho al placer y al encuentro con el otro. Sin miedo ni evasiones, con una comunicación eficaz y afectiva, podremos buscar las vías que nos ayuden a proteger y protegernos de la forma más eficaz ante las ITS.

También hay que tener en cuenta que las campañas de prevención de las ITS y especialmente el SIDA se centran en muchas ocasiones en alertar sobre el uso del condón y en mantener conductas sexuales seguras y responsables, pero pocas veces se hace énfasis en otros elementos que se pueden asociar a comportamientos de riesgo, como son el consumo de alcohol y de otras drogas.

Los estudios epidemiológicos han demostrado que el VIH, se transmite por tres vías: sexual, parenteral y perinatal. La infección por VIH es preferentemente una enfermedad de transmisión sexual, ya que esta forma es la que con más frecuencia ocurre. Por igual, el consumo de drogas con contaminación de las jeringuillas u otros objetos usados de manera colectiva por personas que ya están enfermas, también pueden producir el contagio.

Lo más importante que se debe analizar es que las personas que consumen tanto alcohol como cualquier otro tipo de drogas, constituyen grupos de alto riesgo, con frecuencia están bajo los efectos de la desinhibición que provocan estas sustancias y no guardan las medidas de protección necesarias, ya sea por el no uso de condones en el acto sexual o por compartir objetos contaminados. Por igual estos grupos tienen con mayor frecuencia relaciones sexuales promiscuas, lo que aumenta el peligro de transmisión. El drogarse constituye generalmente una actividad socializada y esto forma parte del rito del consumo, resulta prácticamente imposible el lograr que a su vez no se compartan elementos utilizados en la preparación y en la administración de la droga.

En situaciones de consumo de alcohol u otras drogas se agudiza el riesgo, ya que la mayoría de las veces no se realiza ningún tipo de razonamiento, al perder el sujeto el control de sus impulsos, lo que limita su capacidad de análisis. Por todo ello, hagamos énfasis en que tanto por el consumo de alcohol como por el de otras drogas no legales, se aumenta el riesgo de infección.

A más de 20 años de lucha contra el SIDA e independientemente de los grandes adelantos, hoy sabemos que no sólo no hemos podido controlarlo, sino que ya tenemos cifras de pandemia y a pesar de los esfuerzos, año tras año debemos contabilizar nuevos casos de muerte.

A pesar de que las personas conocen la severidad del SIDA y la reconocida eficacia del preservativo o condón para evitar la transmisión de este virus y de otras infecciones de transmisión sexual, muy pocos hombres lo usan y muy pocas mujeres insisten con sus parejas para que lo usen, exponiendo razones como que su pareja es limpia y que el preservativo limita el placer, entre otros.

Otro aspecto del que se habla poco o no se habla por desconocimiento, es del uso del condón femenino, una alternativa eficaz y segura, que empodera a la mujer para su propia protección y la de su pareja. En Cuba no se comercializa todavía, pero ya se han realizado estudios de aceptabilidad, a través de proyectos de colaboración internacional con el Fondo de Población de Naciones Unidas, liderados por el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX), en los que se observó que con una buena orientación, aumentan los niveles de aceptación en el grupo de mujeres estudiadas, rompiendo estereotipos parecidos a los del uso del condón masculino, como por ejemplo que provocan una disminución de las sensaciones, entre otros.

### ***La pareja contemporánea. Modelos actuales de vivir en pareja***

Como se refirió con anterioridad la primera inquietud que aparece en las investigaciones realizadas por los autores de este libro y en la mayoría de la bibliografía consultada, continúan siendo las relacionadas con el proyecto de pareja, por cierto muy concreto y específico para cada persona. De aquí que profundizaremos en esta acápite.

Esta preocupación la constatamos en investigaciones anteriores, pero también en la actualidad, por ejemplo hemos organizado en nuestro espacio televisivo del Canal Habana, en la sección “*Sexualidad y vida cotidiana*” que desarrolla uno de las autoras desde hace 10 años, un “*Buzón de la amistad y del amor*”, a partir de julio del año 2016, ante el reclamo de muchos televidentes para encontrar otros espacios con el objetivo de intercambiar con personas afines o en otros casos encontrar pareja, ante la problemática de la soledad que enfrentan. A través del mismo hemos constatado como se rompen mitos relacionados con que la meta de encontrar parejas no es importante en la actualidad, pues muchas personas, tras no encontrar por las vías tradicionales a la persona adecuada, asumen el uso de las nuevas tecnologías y las no ya tan nuevas como la TV, como una forma de encontrar sujetos afines.

Otros elementos se están poniendo en evidencia, como por ejemplo que la mayoría de los televidentes que escriben son hombres, en la edad mediana de la vida con el objetivo de encontrar personas afines para una relación estable, así que se mantiene la expectativa tanto de hombres como mujeres, pero en este caso más en los hombres, de encontrar una persona con quien compartir gustos, intereses y amor. También se muestra la necesidad de ampliar las redes sociales, pues muchos individuos con la jubilación u otros eventos personales o familiares, se alejan del trabajo y de sus redes tradicionales de apoyo, sufriendo aislamiento y soledad; este caso es muy característico de un grupo importante pertenecientes a la tercera edad.

Este tipo de espacio, puede llevar a que las personas no se muestren tal y como son y pueden generar fantasías en el otro, que se romperán al conocer la realidad, algo que por supuesto hay que tomar con mucha responsabilidad, pero sin abandonar la idea de que es otra vía de ampliar nuestro círculo de relaciones. Esto refuerza la necesidad de que la



pareja logre un espacio de tiempo para conocerse, para que la valoración de seguir este proyecto o no, sea matizada por un mayor conocimiento de la verdadera realidad. Por lo tanto no podemos despreciar ni satanizar estos nuevos espacios. Si reflexionamos que también cuando nos conocemos directamente ya sea en nuestro barrio, escuela, trabajo, o en el centro comercial, también se produce la clásica situación caracterizada porque, independientemente del sexo, todos tratan de mostrar sus mejores virtudes y en los diferentes contextos se repiten los mismos rituales del cortejo.

Hace unos días una periodista, al referirse al uso de las nuevas tecnologías en el proceso del cortejo y enamoramiento, planteaba que le cuestionaba a su hija adolescente utilizar esta forma de relación (a través de las nuevas técnicas de comunicación) y la muchacha le respondió: *“mamá tú lo hacías paseando por el parque de tu pueblo, pues bueno ¡este es mi parque!”*

Por otra parte, es frecuente que cuando conocemos a alguien hacemos un exceso de idealización, en especial las mujeres, donde muchas le inventamos lo que quisiéramos que nuestro sujeto de amor tuviera como cualidades y virtudes, en otras cuando detectamos que no es como esperamos, por ejemplo que no es romántico o cariñoso, entonces argumentamos que tras su apariencia es una persona dulce o hacemos de psicólogas y buscamos explicaciones en la crianza familiar u otros eventos que ha sufrido y atribuíamos a la fuerza del amor, la posibilidad del cambio.

Esto repetimos ocurre también en los hombres y recordamos el cuento de un autor cubano, donde el hombre creó a su mujer ideal tras no encontrar alguna que lo satisficiera, probó con muchos materiales y terminó construyéndola de cera, era una mujer que no pensaba y satisfacía todas sus necesidades y expectativas. Tras este éxito decidió entonces crear su criado ideal y al final ambos se enamoran, asemejando la unión o atracción de iguales. Ante el fracaso de este proyecto, el personaje del cuento los eliminó, encontrando al final a alguien cercano a su vida, quien realmente lo hizo feliz. Este cuento muestra la enseñanza de que a veces tenemos expectativas no reales y para tratar de cumplirlas, buscamos vías equivocadas, ya sea buscando la *“media naranja”* o el llamado *“príncipe azul”*.

La escritora española Rosa Montero en su agitado libro *“La ridícula idea de no volver a verte”*, refiere la frase de un cómico francés llamado Arthur que decía *“el problema de las*

*parejas es que las mujeres se casan pensando que ellos van a cambiar y los hombres se casan pensando que ellas no van a cambiar”* y aquí no solo se refiere al aspecto físico sino a la tolerancia incluso de sus defectos.

En contra de lo que argumentan algunos teóricos, de que los índices de divorcio aumentan a escala nacional e internacional y que cada vez son menos las familias parenterales en comparación con las llamadas familias extendidas y que se observa desde hace varios años un temor al compromiso y a establecer una pareja estable; existe el hecho de que pese a todos estos elementos, seguimos buscando la posibilidad de encontrar la persona que comparta nuestra vida, incluso en las diferentes formas de vivir este proyecto; y los que la poseen tratan de mantenerla, aunque los recursos que utilicen no siempre sean efectivos.

En resumen, exponemos algunas reflexiones a los aspectos que influyen para que la pareja actual presente una dinámica especial para lo cual no está preparada, motivado porque desde lo externo:

- Continuamente surgen cambios sociales, que modifican los roles de lo esperado en lo masculino y en lo femenino.
- Cada vez la mujer se integra más a espacios que eran casi absolutamente masculinos.
- Los hombres no siempre ocupan en la familia y en la pareja la función de proveedores, sino que en muchas familias las mujeres son las encargadas en lo fundamental de la economía familiar.
- En muchas parejas las mujeres ocupan cargos de dirección, son profesionales destacadas, de aquí que el espacio privativo de la casa solamente a lo femenino, se ha desplazado en algunos casos y en otros las funciones son compartidas por ambos miembros de la pareja.
- Se ha flexibilizado o eliminado la censura rígida en relación con el divorcio.

A su vez, existen una serie de características desde el interior del vínculo de pareja, como por ejemplo que el ideal de antaño *"hasta que la muerte nos separe"* ha cambiado, dando lugar a una visión más realista del futuro y se ha convertido en un vínculo consensuado por un tiempo indeterminado entre dos personas, que buscan relaciones sexuales en un marco afectivo de intimidad y compañerismo. Pero la objetividad, no debe matar a las

ilusiones, no se deben limitar nuestros proyectos como pareja a un “*tiempo*”, pues esto puede ser un peligro que marca la relación. Otro factor a tener en cuenta es que las personas quieren “*ser felices aquí y ahora*”, y por lo tanto no se espera un tiempo prudencial, lo que provoca muchas veces que las parejas se separen, sin ser el momento adecuado de la ruptura, cuando todavía podrían resolverse conflictos y aspectos no armónicos. La tendencia a resolver la situación lo más rápidamente posible, hace que no se marque un compás de espera, ni se desarrollen estrategias para mejorar la relación. Hasta hace muy poco el propósito de una pareja era unirse por amor con el fin de procrear y educar a los hijos, ahora el intercambio afectivo y la satisfacción sexual constituyen los principales objetivos de la pareja contemporánea. La felicidad se busca en el dúo y está centrada en la vida de este.

Muchas personas toleran la pérdida de la pasión y encuentran en la ternura y en la compañía suficiente justificación para continuar juntos. Para otras, cuando termina la pasión, termina la pareja. La valoración que tiene nuestro momento histórico de la sexualidad, hace que el deseo erótico y el componente pasional como signos de felicidad vincular, emerjan con una importancia desconocida en otras épocas.

Estos aspectos anteriores, entre otros, matizan la dinámica de la pareja actual, pero a pesar de estos cambios, no se modifica en sentido general la significación social de la familia, la pareja y en especial de los roles de la mujer, de ahí que existan grandes contradicciones, entre lo que viven en su espacio privado y lo que se espera socialmente.

Siempre hemos comentado que se crean leyes nuevas y que se modifican estilos de vida, pero las valoraciones sociales, que encierran la cultura, las tradiciones, en nuestro caso, toda la idiosincrasia de los cubanos, avanzan con más lentitud.

### ***Satisfacción en la vida en pareja ¿En qué criterios se basa?***

*Un grupo de amigas de la época universitaria se encuentran en un evento científico y se actualizan acerca de cómo marchan sus vidas. A una de ellas le llama poderosamente la atención, que al preguntar por las parejas de las otras amigas y reflexionando sobre su propia vida, observaba que la mayoría no mantenía la pareja de la juventud, sino que habían vivido por lo menos otra relación estable y al hablar de sus parejas actuales, se referían a ellas como “por ahora nos va bien”, “mientras esto funcione”. Lo que mostraba*

*una expectativa muy evidente de posibles fracasos a corto o mediano plazo y que contrastaba con las conversaciones que tenían en las edades juveniles de sus vidas, donde en los proyectos de pareja, se pensaban en términos no finitos, es decir para toda la vida.*

Tomando en consideración las reflexiones que nos permite la anécdota reflejada anteriormente, resulta oportuno analizar qué elementos tiene en cuenta la pareja para hablar de satisfacción. En diferentes investigaciones, incluidas las de los autores de este libro y las desarrolladas por Miren Larrazabal y expuestas en diferentes eventos científicos, se perciben criterios relacionados con “*sentirme a gusto*”, “*seguros*”, “*compenetrados*” o “*queridos*”, lo que muestra la importancia que se le da a los aspectos afectivos, la convivencia, entre otros elementos que desarrollaremos con posterioridad.

Aunque cada par privilegia determinados aspectos por encima de otros para sentirse satisfecha, es necesario tener en cuenta elementos generales que inciden en la forma que vivimos la satisfacción con la pareja, entre los que se encuentran:

- Los niveles de expectativas (la mayoría de las veces idealizadas):

En la época actual aspiramos a una pareja que nos quiera, nos comprenda, nos apoye, nos entienda, nos brinde satisfacción sexual y sustente nuestros planes individuales entre otros aspectos y es como si el proyecto estuviera sobre exigido, pedimos mucho y no siempre brindamos lo que aspiramos. Además, tampoco expresamos de una forma clara lo que deseamos, en muchas parejas ni se discuten los planes ni los proyectos individuales, que en ocasiones pueden entrar en conflicto con los que se han planteado como pareja en algún momento. En la actualidad esto puede acentuarse; cuando los planes pueden entrar en contradicción con los roles tradicionales que cumple la mujer o el hombre en nuestra cultura, por ejemplo, una madre que va a desarrollar un trabajo en el exterior y deja al cuidado el hijo(a) con el padre y abuelos, esto puede crear tensiones no al interno de la pareja, el esposo puede creer que no es el mejor momento, que no lo planeó con él, y además sentir presión por criterios externos de los familiares y amigos, achacándole a la mujer que no cumple “*su rol de madre*” y al hombre “*que es muy pasivo*”. Todo ello precisa de un proceso de negociación y de entendimiento, el cual muchas parejas no siguen, pues lo ven como algo difícil de alcanzar y rompen el vínculo cuando

empiezan a fallar algunas de estas expectativas, es como si se dejaran vencer con una extrema facilidad.

Otro elemento importante es que nos unimos por amor y muchas veces se valora, que estando presente este elemento, todo está resuelto, lo que no es real, pues la pareja debe aprender a convivir.

- La necesidad de un código de contingencias para vivir en pareja y el desarrollo de estrategias para la solución de los problemas

Es necesario establecer códigos, pues en la primera fase de conocernos, generalmente mostramos lo mejor de cada uno, en ocasiones hasta habilidades que realmente no poseemos, por el hecho de brindar una buena imagen y pueden comenzar las contradicciones cuando la convivencia nos conduzca a la realidad. Al hablar de un código de contingencias nos referimos a verbalizar de manera clara lo que nos gusta o no, aspiramos o tememos, entre otros aspectos, para así mostrar una verdadera cara de cada uno, cómo aspiramos que sea nuestra convivencia, cómo planificamos la visita de los amigos, la relación con la familia, hasta repartir tareas, o sea hay que hablar de la forma en que vamos a desarrollar el proyecto y no callarnos pensando que pueda molestar al otro, pues esto al final genera más malestar. Desde los primeros tiempos, resulta necesario desarrollar estrategias para solucionar los problemas y aprender las habilidades necesarias para la convivencia, donde no solo está presente el desarrollo de la habilidad social de ser asertivos, sino también de otras como la empatía, la que señalamos anteriormente.

### ***Conflicto de roles***

La mayoría de las veces aún existe un reparto desigual de los roles, en los que el cuidado de la familia y de la mayoría de las tareas del hogar siguen sobre los hombros de la mujer, conocida como la doble o triple jornada, pues además de la inserción social de esta, que en nuestro país es elevada, las féminas deben compartir roles desde lo profesional y desde el mundo público, pero no han dejado de ser en la mayoría de los casos las dueñas del mundo privado, resulta necesaria la reflexión de que también en muchas ocasiones se resisten a perder este poder, aunque se quejen.

Igualmente se encuentra resistencia en muchos hombres debido al hecho de tener que compartir los roles de apoyo y cuidado, lo que genera malestares en el interior de la

pareja, que en muchos casos no se logran solucionar, violentando a través del poder. Esto matiza la violencia de género, que en su mayoría es del hombre sobre la mujer, así que muchas en la actualidad planteen “*ahora somos más libres, ¿libres de qué?*”. Muchas mujeres expresan que la falta de apoyo en las tareas domésticas y con los hijos, son su mayor causa de insatisfacción marital y sexual.

Dentro de los conflictos de roles existen una serie de aspectos que abordaremos a continuación, estos son: los problemas de comunicación, la no concordancia con relación al grado de autonomía de la pareja, la infidelidad, los celos y la insatisfacción en las relaciones sexuales:

- Los problemas de comunicación

Para la mayoría de las parejas que asisten buscando ayuda en las consultas de orientación y terapia, uno de los principales problemas no resueltos se relacionan con las deficiencias en la comunicación, por lo que este es un ámbito de la terapia que debe seguir desarrollándose, no solamente en las parejas que asisten buscando ayuda, sino en la población en general. Reflexionemos: es verdad que existen escuelas para diferentes oficios y para el desarrollo de profesionales, pero nos preguntamos *¿Quiénes nos enseñan a vivir en pareja?* en realidad nadie, pues muchas veces hasta los patrones familiares que adquirimos no son adecuados. Pero de todos los elementos, el que más se presenta es el de generar culpas en el otro, sin lograr la reflexión de que en la mayoría de las ocasiones las responsabilidades de la pareja son compartidas y el culpar no permite que se obtenga ninguna reflexión en conjunto.

Muchas veces somos capaces de identificar que tenemos problemas para comunicarnos, pero en ocasiones, el cómo solucionarlos, depende de una ayuda especializada. Ni la familia ni la escuela enseñan a vivir en pareja, ni a comunicarnos de manera efectiva, como tampoco nos prepara para lograr una sexualidad placentera, aprendemos de lo que oímos, vivimos en nuestras relaciones familiares y en el círculo de personas que conocemos; estas constituyen nuestras primeras y principales fuentes de información. Además, incorporamos todo lo que se interpreta de los libros, los filmes y en el caso especial de los adolescentes y jóvenes, lo que comentan y muchas veces fantasean sus amigos y amigas, de lo que ellos quisieran o creen como deben ser unas relaciones de éxito.

Recuerdo una adolescente que asistió acompañada de sus padres a consulta, pues estaba muy retraída, triste, había disminuido sus resultados docentes, no asistía al patio a la hora del receso escolar en su escuela y se mantenía apartada de su círculo de coetáneos. Los padres preocupados por estas actitudes que se manifestaban en la escuela y en el hogar, deciden traerla a una consulta de psicología, al indagar, comprendimos toda la angustia que estaba viviendo esta muchacha, pues nos refirió, que en un receso escolar una amiga comentó delante de ella y de otras muchachas del aula que *“las mujeres tenían cuatro huequitos en sus genitales”*, la adolescente se quedó con esta duda, pues nunca los había observado con detenimiento, ni sus padres habían hablado de ello, era un tema como todo lo relacionado con la sexualidad, que no se comentaba en su casa. Al llegar en la tarde buscó un espejo y se angustió, solo encontró tres orificios (meato urinario, introito vaginal y ano), claro no los conocía con estos nombres y se preguntó *¿dónde estaba el cuarto?* por supuesto no existe, pero esta muchacha no sabía a quien preguntar, buscó un libro de anatomía y no lo entendió y ante el temor de preguntar a las amigas por si se burlaran y tampoco se atrevía preguntarlo a los padres, ya que no le habían dado confianza para ello, creyó que estaba enferma o era anormal, lo que le hizo pensar que iba a fracasar en sus relaciones sexuales y de pareja (no había tenido ninguna). Por todo ello se aisló tanto en la casa como en la escuela, manteniéndose deprimida constantemente.

Hechos como el narrado con anterioridad muestra la necesidad de educar, orientar sobre la sexualidad, el conocimiento del cuerpo y cualquier duda que puedan tener nuestros adolescentes, para prevenir angustias y situaciones de conflicto.

En ocasiones, las dificultades se centran no solo en lo que decimos verbalmente sino en la información que brindamos de manera extra verbal en gestos y posturas, lo que provoca que nuestros mensajes no resulten claros, de aquí que se conviertan en informaciones contradictorias, por ejemplo cuando estamos molestos porque nuestra pareja llegó tarde a casa y en vez de decirlo de manera clara, nos expresamos de forma irritante e irónica, esto puede dar lugar a que surjan varias lecturas de lo que nos está provocando ese malestar, dejando en un área de dudas, lo que debemos manejar de una forma clara.

En sentido general, muchas veces en las parejas prevalecen estilos negativos como los siguientes: culpar al otro, sentirse víctimas de las situaciones sin asumir la responsabilidad, recrear los análisis en las experiencias negativas que se han vivenciado en la pareja, no analizar de una manera rápida y directa lo que nos preocupa y molesta y la desconfianza hacia el otro, que muchas veces se basa en una inseguridad en nosotros mismos o en una baja autoestima. Todos estos estilos negativos repercuten en la estabilidad de la pareja, vulnerándose la confianza y afectándose la dinámica general de las relaciones amorosas y por supuesto de la misma sexualidad.

Motivado por todo ello, resulta muy necesario crear espacios para desarrollar las habilidades para la comunicación, entre las que se destacan, la empatía y la asertividad que explicamos con anterioridad y por último la negociación, que se centra en aprender a ceder o a exigir, según lo amerite la situación. Estos espacios no deben ser solo para las parejas que presenten conflictos y asistan a las consultas de orientación y terapia sexual, sino para todas en general, desarrollando estrategias comunicativas saludables. Esto se puede lograr con una educación adecuada en la familia y en la escuela, otorgándole la importancia que tienen los medios de comunicación, donde no solo deben presentarse parejas disfuncionales en los productos televisivos y los filmes sino presentar también alternativas saludables de cómo desarrollar este vínculo, al cual la mayoría de nosotros lo vemos como prioritario.

- No concordancia con relación al grado de autonomía de la pareja

Es necesario que la pareja analice y pauté sobre los grados de autonomía y dependencia, pues muchas veces no se abordan estos temas. Puede ser que para un miembro de la pareja, el tener mayor proximidad y dependencia sea lo ideal pero no así para el otro, lo que genera malestares al interior del vínculo; como tampoco se pueden extrapolar formas anteriores de vivir en pareja, pues cada una de ellas representa algo único e irrepetible y lo que pudo haber resultado o no en una experiencia anterior, no tiene porqué ocurrir en otra, ya que son personas diferentes, con historias y expectativas particulares.

Otras veces se demanda por uno de los miembros que se le respeten sus espacios personales para compartir con amigos, desarrollar sus intereses deportivos y culturales con ausencia de su pareja, sin embargo no aceptan cuando su compañera o compañero decide disfrutar de este derecho.



- La infidelidad

Tan antigua como el propio inicio de la vida en pareja, tiene matices según la época y en la nuestra sigue siendo motivo de crítica para la mayoría cuando es desarrollada por la mujer, pues pone en entredicho el modelo hegemónico masculino, lo que provoca que muchos hombres asistan a consulta para buscar ayuda, para saber cómo enfrentar públicamente este hecho, ya que valoran que pueden entender que su esposa haya cometido una infidelidad, pero no saben cómo afrontar a la familia y a los amigos si conocieran lo sucedido, por temor a la crítica y a la burla.

Encontramos a su vez, una naturalización desde nuestra cultura de la infidelidad masculina, pero no así de la femenina, ella cuando es víctima puede ser denominada “*pobrecita*”, o “*boba*”, pero él es recriminado como “*débil*” o “*cobarde*”, entre otros términos peyorativos. Cuando la mujer y el hombre son los victimarios cambian las denominaciones: “*la prostituta*” y “*el bárbaro*”.

Existen estudios que demuestran la alta frecuencia de las relaciones extramaritales. Se calcula que en 72% de las 56 sociedades que se consideran “*más importantes*” en estos momentos, el adulterio es frecuente. La monogamia parece ser un mito a la vista de los resultados de las encuestas sobre comportamientos afectivos y sexuales. El informe Hite (1983) ha revelado que una gran mayoría de hombres son infieles antes de los dos años de matrimonio. Las motivaciones psicológicas al buscar la infidelidad son múltiples y las explicaciones que damos a nuestra conducta recorren un amplio abanico; los hay que piensan que no pueden evitarlo y los que no saben por qué lo hacen. El problema de la infidelidad parece residir principalmente en que lo que nos permitimos a nosotros mismos, no es imaginable ni siquiera en el otro. Según demostró la antropóloga Laura Betzigen en un estudio de 160 poblaciones, la infidelidad flagrante, sobre todo por parte de la mujer, es el elemento más definitivo y frecuente de la ruptura de la pareja.

La autora desde su experiencia en las consultas clínicas por más de 30 años, valora que la infidelidad es muy difícil de manejar, aunque no imposible y de que en la mayoría de las parejas dejan huellas profundas que matizarán la relación en el futuro, tampoco el terapeuta posee “*una gomita de borrar*”.

Muchas de las causas que refieren los hombres y las mujeres infieles, los relacionan con los siguientes fenómenos que se fueron desarrollando en sus parejas: los celos y la insatisfacción en las relaciones sexuales:

- Los celos

Este otro “*mal*” antiguo se ha adicionado a otros modernos. Una cuota razonable de un sentimiento de posesión puede ser un sinónimo de la importancia que le damos a la relación, pero los celos en general son sinónimos de una gran insatisfacción, no solo al miembro de la pareja que es víctima de ellos, sino al propio victimario, pues generan inseguridad y culpa. Uno de los problemas fundamentales que influyen en la relación de pareja y por supuesto en la posibilidad de que esta se mantenga, es la confianza que se exista entre ambos. Es importante que las personas al establecer este vínculo reconozcan que las actitudes de desconfianza y los celos convierten en complejas y poco satisfactorias las relaciones. En la mayoría de los casos detrás de estas manifestaciones se encierra una marcada inseguridad y una baja autoestima por lo menos de uno de sus miembros, presentándose con frecuencia dudas de sí le es atractivo o no a su pareja, si son capaces de hacer feliz al otro y si pueden provocar satisfacción específicamente en las relaciones sexuales. Así aparecen temores a ser engañado (a), abandonado (a), inclusive fantasías de que ve a su pareja con otra persona, por lo que la relación lejos de vivirse con placer, confianza y entrega, se torna en un campo de batalla. Las causas de estas manifestaciones son disímiles, desde una relación familiar poco afectiva, desarrollo de estilos de apego inseguros, hasta fracasos en experiencias amorosas anteriores, que tienden después a generalizarse y el sujeto comienza a anticipar el fracaso.

En ocasiones hemos oído comentarios como el siguiente: “*Comencé una relación con un muchacho o una muchacha, pero en realidad creo que lo hice porque estaba muy afectada(o) por una relación que acababa de terminar*”. Este punto es crucial, pues cuando se termina una relación de la cual la persona se siente dañada o lastimada, es muy difícil comenzar una nueva, además de que se produce un efecto peculiar constituyente en valoraciones casi siempre como las siguientes “*no me voy a volver a enamorar*”, “*como ese hombre (o mujer) en mi vida no habrá otro u otra*”, y es que hay un proceso de duelo, de restablecer la pérdida que se ha tenido y esto requiere un espacio de tiempo, que no siempre es el mismo para todas las personas.

Además cuando se sufren pérdidas y desengaños, el encontrar una persona que te trate con dulzura y afecto, se puede confundir con la atracción o enamoramiento y esto puede generar dudas en el otro, de cuáles fueron los verdaderos móviles que provocaron la decisión del comienzo.

Ante todas estas problemáticas que provocan inseguridad, desconfianza de un miembro de la pareja hacia el otro, ya sea por la forma en que se originó la relación, como en el caso anterior, donde se puede desconfiar del amor, o por otras causas vinculadas incluso a experiencias mucho más antiguas de la pareja y no solo con la relación que pudo acabar, es necesario aclarar los temores del otro o la otra, no dejar para “*después*”, pues entonces la inseguridad tiende a aumentar y por tanto la desconfianza.

Es recomendable que tanto el miembro de la pareja que es víctima de los celos como el victimario, reconozcan lo dañino de estas manifestaciones y pauten medidas de control ante las mismas, y si esto no resulta útil, entonces deben buscar una ayuda especializada, ya sea por un especialista de psicología o de sexología.

- La insatisfacción en las relaciones sexuales:

En la actualidad las relaciones de pareja se sustentan fundamentalmente en el privilegio de lograr satisfacción como hemos comentado y entre ellas la sexual es de las más valoradas, de aquí que las parejas aspiren a relaciones sexuales satisfactorias, completas y sistemáticas, por lo que el vínculo se privilegia por estos elementos y el déficit o fallas alrededor de esto, produce gran insatisfacción, tanto en hombres como en mujeres.

Pensar que se colmarían las consultas por hombres con disfunciones como la eyacuación precoz y mujeres preocupadas por la frecuencia de sus deseos y por la vivencia del orgasmo, era hasta hace pocas décadas algo ilusorio, pero la realidad es que ya existe y en ambos casos se busca la satisfacción. En general existe una gran preocupación por el rendimiento, que sería un sinónimo de éxito y de bienestar.

En la insatisfacción sexual de las parejas encontramos con frecuencia: problemas de comunicación, falta de información sexual o información inadecuada, mitos y tabúes sexuales, baja autoestima o conceptos negativos de uno mismo o del otro, sentimientos de culpa, vergüenza o ansiedad, “*exigencias*” sexuales, miedo a la ejecución sexual, dolor

en las relaciones sexuales o problemas sexuales ocasionados por el alcohol y las drogas, entre los más importantes.

Valoramos que el fenómeno de la infidelidad no se puede reducir a estas dos causales, pues está muy relacionado con un enfoque personalizado en cada pareja, con sus causas y motivaciones y por la propia dinámica desarrollada por sus miembros, así como por el aspecto cultural que atraviesa cada pareja, donde hay poca educación para resolver los problemas en el interior del vínculo y buscan alternativas en lo externo, que no resuelven y generalmente provocan nuevos conflictos.

### ***La Pareja Cubana. Realidades y desafíos:***

Después de analizar las problemáticas más frecuentes de la pareja actual, pudiéramos centrarnos en que está ocurriendo en la pareja en nuestro país, pues además de los elementos generales valorados con anterioridad y que nos atraviesan desde la globalidad, no podemos desligarlos de nuestro contexto particular y de toda una serie de cambios desde lo económico, cultural, social y político que se ha vivido en los últimos años.

Es importante en este análisis tener en cuenta también los cambios demográficos, en especial después del triunfo revolucionario y como esto ha matizado la forma en que vivimos cubanos y cubanas.

Por ello tener en cuenta en este material los proceso demográficos, constituye un punto de partida para después analizar cómo se percibe en preocupaciones, expectativas, malestares y hasta por qué no, trastornos, todo lo que hace necesario que los profesionales que se dedican a la clínica y la educación en materia de sexualidad, tengan estos conocimientos.

Así, la Demografía tiene como objeto de estudio a la población, la cual es un subsistema de la sociedad. Aborda el crecimiento, estructura o composición de la población, su reproducción en un sentido amplio y los procesos relacionados. Tiene en cuenta tres tipos de movimiento generadores de cambios cuantitativos y cualitativos en la sociedad: el movimiento biológico o natural (fecundidad-nacimientos, mortalidad-defunciones), el movimiento territorial (movimientos estacionales, migraciones, movimientos pendulares, entre otros tipos de movimientos) y el movimiento social (educación, ocupación, cultura, y otras formas de ascenso sociocultural).

Por ello al abordar el estudio de la pareja, aunque nos centremos en el movimiento biológico o natural y en el movimiento territorial, no podemos dejar de tener en cuenta los movimientos sociales, no solo autóctonos sino también los mas globalizados, al ser la pareja un efecto de procesos culturales y sociales, que han ido evolucionando y transformándose a lo largo de los siglos, a veces al ritmo violento de las modificaciones sociales, otras veces de una manera pausada. La pareja contemporánea es muy distinta a la de otras épocas, debido a que la sociedad actual se halla regulada por principios culturales totalmente diferentes a los de aquellos tiempos.

Los medios de comunicación también ejercen su influencia sobre la pareja actual, viéndose determinada desde su concepción a partir del influjo de lo que exponen y exigen los mensajes de televisión, la radio, la prensa y en los últimos años, otros portadores mediáticos como Internet, que poco a poco penetran en las representaciones de las personas, produciéndose el denominado efecto “*agenda*” que consiste en imponer al público lo que “*ha de pensar*”, cumpliendo así junto con otros factores de la sociedad o instituciones (familia, escuela, entre otros) el papel de agencia de formación de valores humanos, de construcción de sentidos, que implica producción y reproducción de valores y de principios sociales, todo lo cual genera una educación de tipo informal. En tal sentido son agentes educativos, que expresan conocimientos y valores desde una cultura.

Así, el escenario actual viene marcado por la tecnología y por fenómenos propios del siglo XXI: La individualización, la paulatina conquista de la equidad de género, la liberalización de las relaciones amorosas y la comunicación por Internet, entre otros.

Al abordar el cómo estos elementos han ido impactando en lo cotidiano de la vida, debemos tener en cuenta lo que han encontrado otros expertos en la materia, por ejemplo, el documento técnico “Salud sexual para el milenio” (WAS, 2008) refiere: “*Debido a que las preocupaciones, las disfunciones sexuales y los trastornos repercuten en la calidad de vida, es fundamental reconocerlos, prevenirlos y tratarlos*”. Por ello, resulta muy necesario el conocer todas las posibles causas y factores que lo condicionan.

En nuestro contexto debemos valorar también como han repercutido y repercuten los cambios demográficos, comenzando con lo que se define por especialistas de este campo del saber, de que en Cuba está ocurriendo lo que se denomina “*Segunda transición demográfica*” (Franco MC. & Alfonso, A, 2008) la que se caracteriza por:

- Una tasa global de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo de forma sostenida en el tiempo, lo que implica un proceso de envejecimiento marcado de nuestra población
- El surgimiento de arreglos familiares resultantes de la elevación de la edad al casarse y tener hijos
- El incremento de la procreación fuera del matrimonio
- El aumento de la cohabitación (varias personas conviviendo en un espacio reducido), tanto en las primeras uniones como en las posteriores
- La mayor incidencia de los divorcios y de cambios en los patrones de reconstitución de familias.

A lo anterior se le añade nuestro patrón y nivel de fecundidad, donde hay que tener en cuenta: (Rodríguez, G, 2011):

- La anticoncepción: La frecuencia de su uso ha aumentado en los últimos años, así como también lo han hecho la diversidad en la oferta y disponibilidad de los mismos, aunque a nivel individual no se encuentra una permanencia de su utilización en el tiempo ni la forma de seleccionarla resulta la más adecuada, en sentido general.
- El aborto inducido o voluntario: La intención de interrumpir los embarazos, ya sea utilizando el aborto o la regulación menstrual, continúa siendo muy elevada. En general estos dos métodos se aplican por una decisión de la mujer y no de la pareja. Existe un conocimiento formal sobre sus riesgos, pero la diseminación de experiencias en los que el proceso resulta seguro y eficaz, condiciona la confianza y asiduidad en su utilización.
- La formación de parejas: Es un elemento escasamente relacionado con la fecundidad. Existe una desvinculación entre el momento de la unión o el matrimonio y el nacimiento de los hijos. Lo que sí resulta peculiar es que los hijos generalmente nacen de madres acompañadas y si bien estas no se casan o se unen para tener un hijo, sí consideran importante la presencia de la pareja para el nacimiento del niño, tal es así que algunos deciden legalizar su unión o comenzar una unión ante un embarazo.

En la tesis presentada por la MSC. Daylin Rodríguez Javiqué, en opción a su título de doctora en ciencias demográficas, con el título *“La fecundidad de las cubanas en Estados Unidos en el período 2000-2014. Un acercamiento desde la Demografía”*, se encontró que la formación de una familia es un elemento clave al estudiar la fecundidad tanto de las cubanas que residen en nuestro país como las que migran, en especial a los Estados Unidos de Norteamérica. Los resultados muestran un comportamiento de la variable situación conyugal que concuerda con el comportamiento tradicional de las mujeres cubanas, donde las féminas con vínculo matrimonial o en unión consensual tienden a presentar mayores niveles de fecundidad y en edades más jóvenes que las solteras. Esto constituye un elemento a considerar pues nuestras mujeres están postergando no solo la edad de tener un hijo, sino la de mantener un vínculo estable, lo que impacta en los patrones de fecundidad, tanto las que permanecen en nuestro país como en las que migran, la que mantienen un patrón similar.

En investigaciones cubanas se encuentra que continúa como proyecto ideal el tener dos como número de hijos deseados, aunque esto no se cumpla. Las edades entre 20 y 29 años serían las ideales para la fecundidad con un período entre partos no inferior a dos años.

Resulta importante tener en cuenta otras razones que existen para no tener hijos o no llegar al número deseado. Según nuestro criterio tiene mucha importancia y se relacionan con la denominada infecundidad involuntaria, donde la inhabilidad de encontrar pareja está matizada entre otras razones, por existir mucho temor al compromiso, o de que el proyecto no funcione bien o vuelva a fracasar (separación o divorcio), experimentada tanto por los hombres como por las mujeres, donde a veces el proyecto de tener un hijo debe posponerse hasta volver a encontrar una persona adecuada, que en ocasiones o no se encuentra o pasa el tiempo deseado o más adecuado para este proyecto.

No podemos dejar de mencionar el impacto de las condiciones económicas, las preocupaciones que van desde cómo vivir juntos, la realidad de muchas familias donde residen varias generaciones al unísono en la misma vivienda, las reflexiones de como costear desde la canastilla hasta la manutención del niño, todo lo que provoca que muchas parejas posterguen la decisión de tener descendencia

Otro elemento al que se recomienda prestar una atención especial es la esterilidad secuela de enfermedades, por el aumento de las ITS, con un mayor número de mujeres con riesgo para un proceder quirúrgico, el aumento del cáncer cérvico uterino o de otras enfermedades crónicas no transmisibles, que impactan de una forma directa en la posibilidad de que muchas mujeres puedan concebir un hijo, de igual forma sucede en los hombres, por ejemplo, motivado por el cáncer prostático, que es también una causa de infertilidad.

Igualmente resulta necesario analizar el efecto de las migraciones, vista como uno de los tipos de movimientos territoriales de la población, en ella generalmente, hay una presencia importante de la población masculina y de la femenina en la edad reproductiva. En el caso de la emigración o en las ausencias prolongadas por misiones temporales, cabrían realizarse varias interrogantes: *¿Cómo se concretan los proyectos comunes de la familia, la pareja o la concepción?, ¿Quién queda al resguardo de los hijos?, ¿Cómo se enriquece en este tiempo la pareja?*

Las parejas modernas pueden vivenciar una mayor satisfacción cuando poseen un proyecto en común, sin embargo, el desarrollo personal es hoy un objetivo importante que se persigue aun a costa de rupturas, traslados, cambios de trabajo, adquisición de nuevas aptitudes y análisis de uno mismo. En este proceso, la pérdida y el duelo acompañan al crecimiento y a la afirmación de la individualidad en muchas ocasiones.

Díaz M, plantea: *“La emigración se percibe actualmente por una parte de la población como una estrategia adecuada de enfrentamiento a las crisis económica”* (Díaz, M et al. 2000) por su parte otros investigadores como Escalante, Martin y León han publicado que: *“Se constata el impacto que tiene la ausencia de un miembro emigrado sobre el funcionamiento, la dinámica y la estructura de su grupo familiar de procedencia”* (Escalante, Y. 1997; Martin, C. 2000; Leon, L. 2005) .

En muchas ocasiones la emigración no permite el desarrollo del proceso del maternaje y muchas mujeres entran en la disyuntiva: *¿Primero madre y después mujer?, esta se siente presionada por la necesidad de cumplir proyectos económicos, profesionales o de ayuda a la familia en general y también cabe preguntarse: ¿Cómo se elaboran las culpas? ¿Y el padre cuando emigra, que solamente cumple el rol de proveedor? ¿Y las otras*



*funciones como se resuelven?* Al emigrar parte de la familia, junto a la existencia de una proporción aumentada de adultos mayores, *¿Quién los cuida?*

Además los miembros de la familia que emigran, en ocasiones ejercen el poder económico que poseen sobre esta al ser responsables del envío de las remesas, y cabe preguntarse: *¿El que envía, manda?, ¿Constituye una forma de violencia?* Igualmente muchas familias solo se preocupan por la función de proveer, tanto para la parte que envía como para la que recibe.

Las emigraciones generalmente se viven como duelos, este tiene que ver con pérdidas, con cambios, con finales, con terminaciones. Pero *¿Cómo se manejan estos duelos?*, para ello resulta imprescindible conocer que etapa de este proceso se está viviendo en un momento determinado, ya sea:

- El shock o la negación
- La ansiedad
- La desorganización y desesperanza
- La reorganización

Pero también pudiéramos preguntarnos: *¿Quién ayuda a solventar este duelo?* Además hay que tener en cuenta la historia lineal de las personas, cuántos duelos han sufrido y en especial los relacionados con el tema de la migraciones, por ejemplo consultamos a una joven, cuya madre se encuentra en una misión temporal en el extranjero ya hace 6 años, quedó al cuidado de la abuela materna pero existen dificultades en las relaciones entre esta y el padre de la paciente, un breve tiempo después la pareja de la joven abandona el país, ocurre un duelo tras otro, lo que impacta en la forma en que esta muchacha siente como vive sus vínculos más cercanos, produciéndole una sensación de inseguridad y de abandono, lo que le provoca síntomas caracterizados por la ansiedad y la depresión (pudiéramos decir amable lector: *¡no es para menos!*).

Y “*los que estamos todo el tiempo*”, deberíamos preguntarnos también: *¿Qué tiempo le dedicamos a la pareja y a la familia?*, ya que con las posibilidades tecnológicas muchas veces nos llevamos trabajo para la casa, rompiéndose el límite hogar-trabajo,

por otra parte la TV ha pasado en muchos hogares a ser un miembro más de la familia, perdiéndose espacios de comunicación para reflexionar, educar y disfrutar.

Ahora bien, sería oportuno analizar cómo todos estos elementos analizados impactan concretamente en la vida de cubanos y cubanas, a continuación señalamos un grupo de elementos extraídos de diferentes investigaciones de los autores de este libro, de conferencias científicas, así como de la experiencia clínica de las consultas, donde se expresan en ocasiones en síntomas y malestares. Encontramos que:

- Existe un aumento del número de los divorcios y las separaciones así como de la iniciación de segundas, terceras uniones o más (familias ensambladas), por lo que ya no se habla en muchos contextos de relaciones familiares, sino de *“parentalidad”*
- Se encuentra una diversidad de estructuras familiares, ya se prefiere el término *“familias cubanas”* al de *“familia cubana”*. Con el incremento de las familias monoparentales de jefatura femenina, existe la familia *“matricéntrica”*, con un empoderamiento de la mujer, también la *“homo-lesbio-parentalidad”* que se basa en la diversidad de las parejas incluyendo la orientación sexual con diversos planes y proyectos en la convivencia y en el proyecto de tener hijos (Ares, P. 2011)
- Existe una tendencia a la convivencia sin formalización legal con nuevas modalidades como el *“living apart together”*, referido por los anglosajones
- Han ido desapareciendo los rituales (noviazgo, petición de manos, virginidad, en muchos caso matrimonio) y no se han sustituido por otros. La falta de los mismos nos expone más al aislamiento social, un ejemplo de ellos son las celebraciones, el matrimonio, la iniciación sexual, la conquista, entre otros. En el noviazgo por ejemplo, se establecen destrezas importantes para vivir en pareja.
- A diferencia de otras épocas en que las personas se unían con el propósito de procrear, dentro de los fines principales de la pareja de hoy se encuentra la búsqueda del placer y la satisfacción personal y sexual. Antiguamente, incluso las personas renunciaban a sus sueños o a su propia felicidad por la de la propia pareja, no era bien visto que una persona tratara de exigir por su propia satisfacción. Cada posición extrema no es conveniente, hay que luchar por la satisfacción sexual y personal, pero deben incluirse también proyectos comunes.

- Existen cambios en la concepción del amor eterno, ahora es “*hasta que funcione*” lo que implica en muchas personas una concepción de anticipación al fracaso, por lo que se “*vive en el aquí y en el ahora*”, lo que motiva que sea más frecuente el logro de una intimidad sexual más que emocional, muchas personas temen al compromiso, a la entrega, por lo que debemos luchar porque el proyecto principal no sea el de establecer relaciones superficiales (aunque cada persona tiene el derecho de decidir el proyecto que considere mejor), por temores o falsas expectativas, ya que el efecto positivo de la ternura y los afectos, a nuestro criterio, no pasan de moda.
- Ha cambiado la concepción del amor eterno, de que la pareja debe perdurar por siempre, dando una visión más realista de la relación amorosa entre dos personas. En la actualidad se percibe como un vínculo, por un tiempo indeterminado. Por supuesto, esto no quiere decir que las funciones de la pareja, como la de la satisfacción personal y la del disfrute individual hayan desaparecido.
- Existe un pobre desarrollo de estrategias para resolver los conflictos y aspectos disarmónicos, se piensa muy rápido en la ruptura del vínculo. Se debe tener en cuenta que las personas quieren “*ser felices*” y no se espera, lo cual provoca muchas veces que las parejas se separen, sin que sea siempre el momento más adecuado para la ruptura, aún se habrían podido resolver conflictos y aspectos no armónicos.
- La maternidad puede entrar en contradicción o competencia con otros roles, especialmente el profesional. En ocasiones no se asume el proceso del maternaje y se deja a otros, como al padre o a los abuelos.
- Con los divorcios y separaciones se produce un alejamiento físico del padre biológico. Entra en juego el concepto de “*paternidad en transición*”; algunos padres más cerca, otros más distantes y muchos ausentes. Esto está provocando inseguridad en los hijos, surgiendo lo que pudiéramos denominar “*niños de inter semana*” y de “*fin de semana*”, la mayoría de las veces condicionándose hasta los objetos personales de los infantes (la ropa y los juguetes de estar en la casa de papá, o en la de mamá, o en la de los abuelos), lo que puede generar falsas creencias en estos niños sobre los valores de una familia fraccionada. Muchas veces se colocan a los hijos como mediadores de los conflictos entre los padres, lo que les genera una gran angustia e inseguridad.

- Desuso o retraso de la nupcialidad, lo que implica una tendencia a la no institucionalización.
- Existencia de espacios habitacionales reducidos y en muchos casos de convivencia intergeneracional, lo que implica la necesidad de encontrar formas más inteligentes de convivencia, de respeto a los espacios y a los límites.
- Disminución del índice de fecundidad.
- Situación económica cambiante, el estado paulatinamente pasa de ser sostenedor de la familia a protector, por lo que, aunque se mantiene la inclusión social, el amparo estatal y las redes amplias de apoyo social formal e informal, todas fortalezas de nuestras familias, el rol de la esta es más independiente, lo que implica que van asumiendo otro protagonismo, incluso hasta pueden convertirse en una unidad de producción siendo una empresa familiar.
- Mayor proporción de adultos mayores, lo que implica el tema del cuidador en la familia y en la pareja. Este rol en la mayoría de los casos descansa en las mujeres, lo que puede provocar conflictos y malestares e impactar en la sexualidad, ya que muchas veces deben abandonar total o parcialmente el mundo laboral y social para convertirse en cuidadoras, percibiendo una pérdida del atractivo físico y la competencia social, que puede llegar a la vivencia de una disminución en su autoestima y en su noción de feminidad. Como dijo M. Lagarde: *“Las mujeres somos seres para los hombres y para los otros”*

### ***Cuidado y autocuidado. Una mirada necesaria hacia la salud de las mujeres***

Diversas investigaciones reconocen que más de un tercio de las mujeres no tiene deseo sexual y que una de cada cuatro no puede conseguir el orgasmo. Sin embargo se ha estimado un mayor porcentaje de mujeres afectadas, pero la mayoría no acude a consulta y pueden imbricarse diferentes factores que perturban la calidad de vida de las mismas. Aunque los hombres son los que más solicitan ayuda, tampoco se cuenta en nuestro país con estudios epidemiológicos que muestren la real magnitud de este problema, donde los malestares de la vida en pareja impactan en la sexualidad, en la satisfacción y en la calidad de vida.

En Cuba se le dedica especial interés al desarrollo de una sexualidad sana en la población, ya que tiene en consideración que resulta de gran importancia el bienestar

individual de las personas, la relación de la pareja y de la familia, la cual es la célula elemental de la sociedad.

Uno de las autoras de este libro, posee más de un cuarto de siglo como consejera, orientadora, terapeuta sexual y de pareja, lo que supone una experiencia adecuada para ofrecer orientaciones a las mujeres y a los hombres sobre sus relaciones conyugales y sexo eróticas. Sin embargo, hemos vivenciado como un fenómeno reciente, una mayor afluencia de mujeres a la consulta, lo que podemos interpretar de varias maneras: desde el aumento de los problemas de este tipo en las parejas, hasta una toma de conciencia en las filas femeninas, apoyadas en patrones de la contemporaneidad. A este último criterio nos adscribimos, aun cuando ello no signifique una ausencia del primer elemento.

Al indagar en los malestares de la vida en pareja y en especial en los trastornos que con más frecuencia presentan las mujeres en el área sexual, nos llama la atención que el proceso prácticamente silenciado de la violencia de género, se está convirtiendo en un amplio espacio dentro de nuestro trabajo. Por ello, como parte de la entrevista psicosexual en la consulta, este es un elemento que incorporamos como necesario. Pero nos preguntamos: ¿serán las mujeres conscientes de la relación que puede existir entre la violencia de género y los malestares o disfunciones en el área sexual y de pareja, en muchos casos en el rol de víctimas y hasta por qué no reproductoras de esta violencia, o esto no siempre es así? Existe evidencia científica de que esta relación no siempre aparece claramente identificada.

Hasta hace pocos años las mujeres asistían a estas consultas para solicitar, en la mayoría de los casos, ayuda para sus compañeros, con argumentos de que ellos presentaban alguna disfunción sexual o porque existían problemáticas de pareja y deseaban resolverlas, pues aunque víctimas, mayoritariamente se sentían también culpables o responsables de su solución. Al profundizar en los intercambios con estas pacientes detectábamos que muchas de ellas tenían insatisfacciones y también disfunciones en la respuesta sexual, con una superior afectación en la fase del deseo.

Sin embargo en los últimos tiempos, como señalamos anteriormente, se impone la presencia de mujeres preocupadas por su satisfacción sexual y afectiva, como derecho personal y generalmente vinculado al proyecto de pareja, síntoma importante que muestra

la independencia ganada por muchas mujeres, aunque aún predomine en nuestra sociedad el ejercicio de una masculinidad hegemónica.

Era improbable pensar, o resultaba utópico hasta hace pocos años, que una mujer se preocupara por el orgasmo, por sus deseos sexuales o porque su relación tuviera el elemento de pasión además del de seguridad. Pero ahora tanto las mujeres como los hombres, se preocupan por lograr relaciones sexuales satisfactorias e incluso muchas acompañadas del vínculo emocional que las enriquece.

Por todo lo anterior en algunas investigaciones hemos decidido profundizar en el hecho de si la violencia de género era un factor sustentador o precipitante, que se presentaba como una causa frecuente para que las mujeres sintieran dañado el disfrute de una relación de pareja y sexual.

Para ello, desarrollamos entrevistas a profundidad con 100 pacientes del sexo femenino que asistieron a nuestra consulta en el periodo comprendido entre 2010 y 2011 (estudio de casos múltiples). Así encontramos que más de 80% identificaba a la violencia desde sus diferentes manifestaciones, ya fuera sexual, física o psicológica, pero con una mayor frecuencia esta última, como coadyuvantes en la afectación del disfrute sexual.

En muchos de los casos, al inicio de la entrevista no identificaban a la violencia como una causa de insatisfacción en la vida en pareja, o como elemento que provocara deseos de disfrutar un encuentro sexo-erótico escasos o nulos; pero después (quizás por el aumento de la confianza en el entrevistador) comenzaban algunas quejas como las siguientes: tener que abandonar o no la prioridad de planes y proyectos por dejar este espacio para la pareja o para la familia, tener que compartir muchas tareas y no necesariamente las que más le motivaran; el hecho de la llamada doble jornada, que agota a la mujer dejándole poco espacio para el placer, incluyendo el rol de cuidadoras de los miembros de la familia.

Pero estas mujeres también identificaron otras insatisfacciones de alcance más psicológico, dadas por mandatos de poder y culturales, como afectaciones en la autoestima, especialmente las mujeres de la edad mediana, presionadas por el deseo de parecer jóvenes y atractivas, con un modelo de belleza difícil de mantener a esas edades y muy relacionado con la imagen proyectada por los medios de comunicación. Ellas

sienten la exigencia de una figura corporal que afecta su autoestima; además de las presiones familiares que las ubican en muchas ocasiones en la disyuntiva entre vivir una vida sexual satisfactoria u optar solamente por una relación de estabilidad o compromiso, como si ambas no pudieran conjugarse.

Todo lo anterior está relacionado con un modelo impuesto y dominante de sexualidad juvenil, heterosexual y genital, y quien no cumpla estos parámetros tiene más riesgo de ser víctima en el ciclo de la violencia.

Dentro de las disfunciones sexuales originadas por estas problemáticas, las más frecuentes fueron las relacionadas con el área del deseo, la disminución, la carencia y hasta en ocasiones la aversión a la pareja o a la relación, fueron los trastornos más encontrados. Pero también constatamos preocupaciones por la vivencia del orgasmo, muchas de ellas precedidas de un auto diagnóstico de anorgasmia basado en los mitos alrededor del orgasmo femenino. Al aclararles y profundizar sobre lo que ellas erróneamente pensaban, comprendían entonces las peculiaridades personales del orgasmo y el por qué no debían sobredimensionarlo.

Inobjetablemente, las problemáticas de la falta de deseo o la disminución de este, especialmente en mujeres con relaciones de pareja de larga duración, fueron las más frecuentes y correspondían directamente con el tema de la violencia.

Nos llamó especialmente la atención una mujer de edad mediana que nos comentó: *“No sé si es menos doloroso haber tenido muchos años de relaciones sexuales plegadas a la frecuencia y mandatos de mi pareja o haber sufrido una vez una violación”*, lo que muestra la intensidad del sufrimiento de esta mujer.

Nos queda la interrogante de si esta situación será únicamente lo que ocurre y qué implicaciones tienen tales manifestaciones para el hombre que violenta, quien desde sus patrones culturales se ve en la necesidad de demostrar su masculinidad hegemónica, siempre dispuesta y efectiva. *¿Puede entonces también el victimario ser una víctima?*

En otras palabras, en este ciclo de intimidación, ambas partes de la pareja salen perjudicadas, lo que impone desarrollar estrategias de convivencia y comunicación con las cuales despleguemos relaciones de equidad y de derechos, con independencia del tipo de compañía que seleccionemos.

Por ello, como terapeutas y consejeros, necesitamos trabajar con las parejas, educando y orientando sobre las diferentes expresiones de violencia, sus implicaciones y centrándonos en la mujer violentada, a veces ultrajada, pero también en su pareja, para lograr el progreso de habilidades sociales como la empatía, la asertividad, la negociación, la toma de decisiones conjuntas y una buena comunicación. Mostrándoles las diferentes alternativas de solución, pero buscando que solo ella y su pareja tengan el poder de escoger el camino a seguir: la disolución del vínculo o el de desarrollar nuevas estrategias en esta esfera de relación, sobre la base del respeto mutuo.

Por todo ello, consideramos necesario desarrollar servicios de consejería a las parejas, en especial a las que viven en condiciones de mayor vulnerabilidad, donde los malestares de la vida cotidiana impactan en las relaciones y en la sexualidad en un sentido general, tanto en mujeres como en hombres; así como en las diferentes formas de vivir las parejas, con independencia de la identidad de género y orientación sexual, entre tantos elementos

Desde diferentes campos del conocimiento resulta evidente la necesidad de mantener un trabajo sistemático por la no violencia hacia las mujeres, lo que no debe quedar limitado a campañas, sino se debe profundizar ininterrumpidamente en todos los elementos que contribuyen a que se mantenga la violencia hacia las mujeres y entre las propias féminas.

Uno de los aspectos básicos a analizar es el condicionamiento cultural a que las mujeres están sometidas desde niñas, ya que a través del juego de roles, los juguetes, la transmisión oral de experiencias y el conocimientos de nuestras madres y abuelas, entre las figuras femeninas más importantes, se entrena a las mujeres y se responsabilizan con el proceso del maternaje, que incluye no solo la maternidad, sino el cuidado del resto de la familia, la pareja y en muchas ocasiones incluso hasta de los amigos.

Este proceso de aprendizaje y cuidado, sería muy positivo si estuviera acompañado por la otra parte de la pareja y por el resto de la familia, pero la realidad es otra y la mayoría de las mujeres sienten sobre sus hombros la responsabilidad, el juicio y por qué no, un sentimiento de obligación de proteger a los otros y de culpa sino se realiza, a esto se le une el hecho que desde niñas se les enseña el rol de cuidadoras, de todo lo cual no se es muchas veces consciente, incluso ni en la adultez.



Este proceso de entrenarnos para el cuidado de los otros y no para el propio, es a nuestro entender uno de los aspectos que más contribuye a la sobrecarga de la mujer, que afecta su salud en general y por tanto también la salud sexual y la reproductiva, de aquí que las interrogantes: ¿Nos sabemos cuidar?, o ¿Quién cuida de nosotras?, queden generalmente sin responder.

El derecho de la mujer de disfrutar su sexualidad y a la vez cuidar de su salud en sentido general, entra muchas veces en contradicción con los disímiles roles que desarrolla tanto en el espacio privado del hogar como en el espacio público, donde en la actualidad puede ocupar diferentes responsabilidades.

Aprender estos roles jugando, es una de las principales premisas de nuestra cultura, jugamos a ser mamá, a aprender a cocinar, a lavar, entre otras labores domésticas adjudicadas al sexo femenino y por ende se deriva que son responsables de todo el cuidado de la familia, por lo que la reproducción, además de un fenómeno biológico, es una cuestión social y cultural. Por ello el embarazo, como evento crucial de este proceso reproductivo, es enfrentado de formas diferentes por hombres y mujeres y puede afectar la vida y la sexualidad de diversas maneras según el sexo y el género.

En 1700 antes de nuestra era aparece en Mesopotamia el Código de Hammurabi, que determinaba que las mujeres tenían que tener los hijos durante su vida fértil y ocuparse de las actividades domésticas. Desde entonces se estableció una división sexual del trabajo.

Si al análisis anterior se unen los mitos que sobre la sexualidad femenina se siguen transmitiendo de generación en generación desde el punto de vista cultural, se provoca que se acentúen las desigualdades en cuanto a derechos de disfrutar una salud y por ende una sexualidad placentera. Entre los mitos que más se destacan están: “*mujer=madre, mujer=familia*”, a la mujer se le prepara para atender y para satisfacer las necesidades de los otros, la capacidad y el deseo sexual de la mujer serían menores que los del varón, el amor femenino es romántico y debería tener una pasividad erótica y sólo en la juventud se gozaría de una buena sexualidad, entre los mitos más frecuentes. Todas estas concepciones erróneas han permeado como las mujeres esperan y perciben su sexualidad.

Todo ello muestra el proceso interminable del maternaje con grandes implicaciones en la vida sexual y personal de la mujer. Entonces, como no entrar en dudas a cualquier edad, de cuál sería el mejor momento para tener un hijo o una hija, ya que aquí nos espera la disyuntiva de cómo organizar los otros planes personales de superación y realización personal desde lo profesional o laboral, cuáles habrían que postergarse, aprender a combinar o buscar redes de apoyo para poder desarrollarlos.

Según investigaciones de la Dra. C. Grisel Rodríguez del Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de la Habana, se evidencia que la mayoría de las cubanas tienen como expectativa tener dos hijos, con un periodo inter genésico entre tres y cinco años, pero la realidad nos está apuntando que estas ideas no se cumplen en la mayoría de los casos, de ahí que nuestras tasas de fecundidad y natalidad sean bajas y que no se estén cumpliendo los niveles de reemplazo que se necesitan para mantener un crecimiento poblacional adecuado. A todo lo anterior se adiciona que cuando el embarazo es un hecho, existen otra serie de eventos a enfrentar, que van desde las limitaciones económicas para poder adquirir la canastilla, la alimentación adecuada y el cuidado de la mujer. El mantenimiento de la imagen corporal, sin su pérdida incluso ni temporal, es en nuestra cultura el mandato tradicional que más se sobre exige a la mujer, que se traduce en que hay que *“mantenerse bien y joven”*.

Por todo lo anteriormente referido es necesario reflexionar sobre el proceso del maternaje y cómo se va elaborando en la vida de las mujeres, partiendo de toda una serie de expectativas de lo que vamos a enfrentar, las que comienzan con el miedo al parto, centrado en la mayoría de las vivencias identificadas con un acto de dolor y de sufrimiento; pero que nos transmiten que vale la pena enfrentarlas por la ganancia emocional de la maternidad. Se parte del modelo social de la maternidad, que sería igual a sacrificio, angustias y dolor, lo que trae aparejado duelos con el cuerpo, por pérdidas de la figura, del atractivo físico, de la independencia, de la autonomía y de la postergación de otros proyectos personales de la mujer.

Entonces ¿a qué situaciones nos enfrentamos en el proceso de maternaje?:

- Acción de criar y de aprender a criar: Constituyen roles reproductivos que duran toda la vida, se aprende haciéndolos y esto trae un costo femenino en dedicación, tiempo y ocupación.

- Tiempo para criar, trabajo de criar, temor a no saber criar, lo que muestra un trabajo doméstico adicional que no resulta igual en los hombres que en las mujeres.
- Tiempo de espera: Todo puede esperar, todo pasa a un segundo plano en función de la maternidad y de los hijos, lo que trae consigo desorganización en la vida de la mujer y de su pareja.
- Relaciones de pareja: Existe una modificación del espacio de la pareja y aparecen una multiplicidad de roles que tiene que cumplir la mujer, esta es demandada por la pareja y sobre exigida por el cuidado hacia el hijo o hija.
- Autoestima, ansiedad, autocuidado: La autoestima disminuye por el tiempo y el esfuerzo que dedica a la crianza de los hijos, por la ansiedad que genera este trabajo de criar y atender a los demás, cuando la mujer tiene que dejar a un segundo plano otros intereses, incluyendo a su cuidado personal.
- Juicios externos: Ante todo tiene que ser buena madre y estos juicios forman parte de una evaluación constante de su actuación, que pueden lacerar su autoestima y constituyen una carga más que engendra el proceso de maternaje.
- Erotismo: Hay modificaciones también del erotismo a lo largo de este proceso. El embarazo produce modificaciones corporales que varían el atractivo femenino y disminuyen la intimidad erótico sexual, se producen cambios en las posiciones coitales, temores a lesionar al feto o a la mujer por la parte masculina y en la mayoría de las parejas disminuye el erotismo por centrarse en el cuidado del niño o de la niña.

Entonces podríamos preguntarnos: ¿Cuándo dedica cuidados para ella, para con su cuerpo, su mente, sus afectos y su sexualidad? Todo esto hace convertir a la mujer en un agente de salud, porque se ocupa de proporcionársela a los demás, y no se convierte en sujeto de la propia. Esto no solo ocurre relacionado con el maternaje, ya que sucede ante las otras decisiones reproductivas, ¿dónde se deposita la responsabilidad de la planificación familiar y la decisión de un aborto?. En la mayoría de los casos, la respuesta ante estas interrogantes es: *“en las mujeres”*.

Otro aspecto poco abordado es lo que ocurre cuando una mujer se enferma. ¿Quién se encarga de cuidarla y de protegerla?, en muchas ocasiones esa mujer que ha

abandonado generalmente sus proyectos personales en función del cuidado de la familia, cuando se enferma, más aun si es algo crónico, la familia alude en muchos casos disímiles causas para no responsabilizarse con ella, como por ejemplo: *“no puedo faltar al trabajo o a la escuela”*, *“no sé cómo enfrentar lo que tú siempre has hecho”* o *“tú eres la responsable por no educarnos”*, desgraciadamente esto constituye una respuesta frecuente de la pareja y de los hijos e hijas.

Otro elemento a profundizar es el proceso de envejecimiento, cada vez encontramos una mayor proporción de adultos mayores, que seguirá sistemáticamente en aumento de acuerdo a las predicciones de diferentes estudios demográficos, y formulamos una interrogante que pudiera resultar angustiosa: ¿quién los cuida o los cuidará?, generalmente las hijas o las nueras, con la esperada postergación o anulación de sus proyectos personales. Según el último censo de población en nuestro país, 18.7% de la población vive en hogares unipersonales y de ellos, 40% son ancianos o ancianas que viven solos.

Todo ello muestra como las mujeres vivencian los problemas que provocan duelos, que no solo son pérdidas físicas, sino separaciones, ruptura de proyectos, piensan poco por y para ellas mismas, la propia familia tampoco reflexiona sobre su cuidado, que incluye su salud sexual, reproductiva y emocional, entre otras. Entonces se está perpetuando la violencia psicológica al ser una mujer demandada, con muy poco tiempo para ella misma.

Por todo lo anterior resulta evidente la necesidad de trazarnos estrategias para la concientización de una serie de actitudes y conductas, que nos parecen naturales al ser transmitidas de generación en generación, pero con la necesidad de romper ese ciclo de imposición y formación de discriminación y violencia hacia las mujeres.

Es necesario tomar conciencia y desarrollar en las otras mujeres la necesidad del cuidado y el autocuidado, de armonizar los proyectos personales con los familiares y educar y educarnos para crear redes de apoyo, donde todos los miembros de la familia, con independencia del sexo, posean las mismas responsabilidades y derechos.

***¿Existe una ética de las relaciones de pareja y de la sexualidad para cada etapa de la vida?***

En primer lugar hemos constatado que con independencia de la etapa de la vida en que se encuentre la persona, se generan diversas preocupaciones sobre la posibilidad de encontrar o mantener pareja, según sea el caso; así muchos adolescentes se preguntan *¿Encontraré a alguien que me quiera?* Y lo mismo con sus matices en diferentes grupos de edades.

Es necesario partir de un concepto evolutivo de la sexualidad, ya que somos seres sexuados e independientemente de los años que se tengan, los humanos sentimos y expresamos la sexualidad pero existen diferencias a lo largo del ciclo vital, cuyo conocimiento y manejo son especialmente importantes para saber cómo intervenir desde el punto de vista de la educación y la salud.

### ***Etapas infantil:***

Una de las etapas donde existen pocos estudios es en la etapa infantil y algunos carecen de una buena metodología, pero lo que no se puede dudar es que tienen sexualidad, aunque diferente a la de los adultos, de aquí la necesidad de profundizar en las características de sus diferentes momentos.

### ***Etapas prenatal:***

Existen manifestaciones genitales propias de la activación sexual, lo que indica que la respuesta sexual es funcional desde la vida intrauterina, aunque sea de forma refleja. Algunos investigadores refieren masturbaciones en los fetos a las 32 semanas de gestación.

### ***Después del parto:***

- Se observan erecciones del clítoris y del pene
- Durante la lactancia, el baño y demás cuidados, los bebés experimentan sensaciones placenteras observables a través de la respuesta genital. Más tarde comienzan a frotar sus genitales mientras adoptan expresiones de placer y movimientos de caderas similares a los comportamientos de monta de otros mamíferos

Es importante tener en cuenta que el contacto con los padres será determinante en el desarrollo del bebé, tal como se ha demostrado la importancia de las caricias y el contacto en el desarrollo psicológico y la importancia de los estilos de apego en las futuras relaciones, incluyendo las de pareja.

Existen una serie de características que resultan importantes señalar:

**De 2 a 5 años:**

- 2 años: Experimentan una intensa curiosidad por los genitales y probablemente asocian el contacto genital con el placer.
- 3 años: Pueden mostrar erecciones y llamar la atención de los padres por ello. Se deben educar a estos para nombrar esta zona del cuerpo correctamente. y así enseñar correctamente al niño o a la niña
- 4 años: Curiosidad por los aspectos reproductivos, por ejemplo *¿de dónde vienen los niños?*
- 5 años: Curiosidad por las manifestaciones sexuales de los adultos

**De 6-10 años:**

- 6-8 años: Conocen las diferencias entre los genitales de ambos sexos. Aparece el pudor, el juego de *“los médicos”* entre los niños. Se pueden tener conductas exploratorias tanto con niños del mismo o de diferente sexo.

Muchas veces estos juegos dan continuidad a las prácticas masturbatorias. Las conductas sexuales de los niños y de las niñas no pueden tener el mismo significado que para los adultos y lo que pudiera parecer erotismo, en ocasiones, solo será imitación o curiosidad acerca de los genitales.

Lo más importante es tener en cuenta la importancia de la sexualidad infantil en la sexualidad futura. No hay ninguna duda de que los niños tienen capacidad de sentir sensaciones placenteras, tienen intereses sexuales y llevan a cabo conductas sexuales, pero diferentes a la de los adultos.

Es necesario que los padres y los adultos que los rodean tanto de la familia, como en los centros escolares, deban estar preparados para responder y anticiparse a dudas e inquietudes sobre la sexualidad en esta etapa de la vida. Mientras que no actuemos en la aclaración de interrogantes y de falsas expectativas en la sexualidad, nuestros niños y niñas se desarrollaran con incertidumbres e ideas erróneas de esta área de la vida relacionada con el placer, la intimidad y el compromiso.

### ***Adolescencia:***

Coincidimos con algunos autores en que la adolescencia es una etapa de la vida que es difícil de definir en términos cronológicos, porque comienza con los cambios fisiológicos de la pubertad y no es fácil determinar cuándo finaliza. La organización Mundial de la Salud (OMS) ha planteado hasta los 20 años como final de esta etapa, límite convencional y que depende no solo del desarrollo del adolescente, sino también del contexto económico y social en que se desarrolla.

Al igual que los autores de la Enciclopedia de la Sexualidad (Editorial Océano, 1998), creemos que se caracteriza por:

- Un período de cambios fisiológicos, mentales, afectivos y sociales profundos.
- Una etapa de transición en que estos cambios ocurren con mucha rapidez, exigiendo continuas readaptaciones.
- Un período en que las personas se hacen mucho más autónomas de la familia, de las instituciones educativas, de la moral y en general de la influencia de los adultos.
- Una época en la que se intenta hacer un proyecto de futuro.

En fin grandes ideas, pasión y energía, pero con poca experiencia, lo que se traduce a ser considerados “*ni niños ni adultos*”, para algunas cosas les exigimos obediencia y para otras madurez como en la adultez, lo que acarrea frecuentes contradicciones entre ellos mismos y con nosotros.

Ahora bien: ¿Cómo se manifiestan todos estos cambios en la sexualidad y en la vida de pareja?

Los cambios físicos son solo una parte de este proceso, ya que se desarrollan otros como son la independencia en relación con los padres y se aprende a interactuar con los demás, por lo que el adolescente se sale del marco estrecho del hogar y se adquieren responsabilidades en el ámbito social y escolar. Pero a la vez de una etapa turbulenta y de agitación, también es una etapa de placer y felicidad, aunque su parte más controvertida se desarrolla en el área de la sexualidad.

Todos hemos sido adolescentes, pues recordemos. En esta etapa practicamos la masturbación, soñamos con el placer compartido, nos obsesionamos con el amor, tememos y ansiamos esa primera vez, que es la aventura que todos deseamos emprender sin saber muy bien los pasos que debemos dar, para olvidar en muchos casos, los peligros que también nos pueden acechar como un embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual y otras secuelas en el ámbito emocional como las decepciones y experiencias desagradables que quedan en la historia vivida por cada uno de nosotros.

Ahora, ¿Quién nos enseña realmente y prepara para enfrentar todos estos cambios y retos? La mayoría de los padres no se sienten preparados para hablar sobre los temas sexuales y de pareja con sus hijos, por lo que los evitan o piensan que todavía no es tiempo para hablar de ellos y cuando se percatan ya sus hijos casi son adultos. La escuela a su vez brinda conocimientos de anatomía y algunos datos generales, pero el control de cómo se sienten, de manejar con ellos cuáles son sus temores y expectativas, que son en sentido general los que vivimos cuando éramos de la misma edad, sigue quedándose en manos de coetáneos, la literatura que podamos conseguir y el rol de los medios de difusión masiva que muchas veces se centran en las enfermedades y el embarazo, pero nadie habla de la parte fundamental: del placer, de la entrega, la unión, la intimidad con el otro y el desarrollo de compromisos no legales, sino afectivos, que implican también responsabilidades para la pareja en cualquier edad.

Se sabe que la sexualidad es parte del desarrollo normal, que cumple diversas funciones y que es un derecho de todos, pero en esta etapa de la vida son un motivo de especial preocupación, debido a la existencia de posturas a veces contrapuestas entre el mundo adulto y adolescente. En los últimos años se han producido cambios sociales muy rápidos, dando origen a grandes diferencias entre lo que los padres los chicos hacen o piensan.



Los cambios sociales traen aparejados cambios en el desarrollo fisiológico y emocional de los adolescentes, por ejemplo la edad de la menarquia se ha adelantado; hace 100 años era a los 16,8 años y ahora es a los 12,5 años, lo que condiciona relaciones sexuales a edades más tempranas y además ha aumentado el lapso entre la madurez psicosocial y biológica.

Unido a los cambios que han ido surgiendo hay que tener en cuenta las características propias del adolescente, entre la que se destacan:

- Necesidad de experimentación y descubrimiento, que es normal para la época que están viviendo.
- Desarrollo de sentimientos de que lo conocen todo, que son invulnerables.
- Dificultad para conversar de sexualidad con la pareja, la familia y el resto de los adultos que lo rodean, principalmente los maestros.
- La falta de un adulto a quien pedir ayuda en sexualidad.
- Dificultades en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva por desconocimiento muchas veces de la existencia de los mismos y/o por la pena o temor de asistir a ellos y que se enteren sus padres.
- Presencia de conductas de riesgo que influyen en la sexualidad, como querer probar y mostrar que son adultos consumiendo alcohol y drogas.
- La tendencia a no planificar, de modo que no se plantea el uso de métodos anticonceptivos.
- La presión ejercida en la mujer por su grupo de amigos y amigas para iniciar la actividad coital en forma precoz, catalogando despectivamente a la adolescente "*tranquila*" como: "*virgencita*", "*boba*", "*pasmada*" y en los varones para que se conviertan en "*hombres*", "*bárbaros*", entre otras denominaciones superlativas.

La adolescencia tiene varias etapas y cada una tiene sus expectativas.

#### **De 10- 14 años:**

- Iniciación de los cambios físicos.
- Curiosidad por el descubrimiento de los cambios producidos en sus cuerpos y en el de sus contemporáneos.
- Aparecen las fantasías sexuales y la masturbación.

- Desarrollo de diferentes formas de comunicarse y de un lenguaje entre ellos, como los términos de: “*descarga*”, “*locura*”.
- Curiosidad por comenzar a tener y a llegar a relaciones sexuales “*completas*” o coitales

### **15-17 años:**

- Gran maduración física.
- Conducta sexual explosiva y exploratoria y la negación de los riesgos que asumen con ellas

### **18 a 20 años:**

- Maduración física completa.
- Conducta sexual menos explosiva.
- Desarrollo de relaciones afectivas estables y duraderas en el tiempo.

Estas características hay que tenerlas en cuenta para orientar en cada momento de esta etapa, utilizando los aspectos que más impactan en la vida social emocional de nuestros hijos(as), alumnos (as), pacientes o adolescentes cercanos en sentido general.

Hay elementos de esta época que necesitan una mayor orientación y divulgación, por ejemplo:

- Puede existir violencia desde la etapa del noviazgo, especialmente ejercida por los varones hacia las muchachas, con la llamada “*prueba de amor*”, con presiones como: “*me tienes que demostrar que me quieres teniendo relaciones sexuales conmigo*”, “*si no tienes relaciones sexuales conmigo, me busco otra novia*”, lo que lleva a muchas muchachas a comenzar las relaciones sexuales sin la preparación necesaria, en ocasiones sin ser la pareja que más desean o por quedar bien con el grupo o porque es el muchacho atractivo, el destacado del grupo, el que tienen como pareja y no quieren perderlo. Otras veces, son los muchachos presionados a iniciar las relaciones sin que la pareja que le asignan los amigos (as), le guste tanto, pero teme no cumplir su rol de “*macho*” o ver cuestionada su “*hombría*”. Todas estas manifestaciones constituyen también una muestra de violencia.
- A su vez, las familias muchas veces le dan un carácter de noviazgo y compromiso a relaciones de adolescentes, que pueden mantenerse como enamorados y

amigos, lo que lejos de dar seguridad a la muchacha o al muchacho, los obliga a tener relaciones con una formalidad para la cual ellos no están preparados y comienza el cambio de parejas característico de estas edades, donde los procesos de enamoramiento y lo contrario ocurren con gran rapidez. Pero cuidado con asumir posiciones contrarias y desvalorizar los amores en esta etapa, que como la historia de Romeo y Julieta, puedes ser fuertes y consistentes. De aquí que debemos ser cuidadosos y ver cómo se desarrolla esta etapa de galanteo, enamoramiento y que los propios adolescentes, le den el carácter de estabilidad o no, por supuesto con nuestra guía y orientación.

- Otro aspecto es prevenir cualquier otra forma de acoso hacia los adolescentes y entre ellos, como puede ser el acoso homofóbico, donde muchachos y muchachos que desarrollan una orientación homosexual sean objetos de burla y maltrato, hay que desarrollar un respeto a la diversidad.
- Existe la necesidad de los adultos de orientarlos para que tengan mucho cuidado con el uso de las nuevas tecnologías de la información, para evitar el acoso, ya que en ocasiones intercambian con supuestos adolescentes por las redes sociales y resultan adultos acosadores. Prevenir sobre el riesgo de enviar sus fotos a estos desconocidos que puede ser trucadas o practicar el intercambio de fotos eróticas y de desnudos entre los coetáneos, lo que puede caer todo en manos inescrupulosas, con consecuencias nefastas imprevisibles.

Aunque estamos en una época donde muchos pregonan que el amor ha pasado a un segundo plano, que lo importante es *“disfrutar, pasar el momento”*, siempre encontraremos otros que siguen buscando afectos, no solo tener placer. Está comprobado que la actividad sexual es más gratificante y placentera dentro de un marco de relaciones afectivas, por lo que a pesar de vivir “tiempos de descarga”, el amor y el proceso del enamoramiento siguen visitándonos día a día. En unos casos la atracción y el interés sexual que se desarrollan por una muchacha o muchacho lleva a enamorarnos, pero otras veces terminamos en una amistad solamente.

Hay otros aspectos en los que tenemos que seguir trabajando, por ejemplo el comportamiento de la tasa específica de fecundidad adolescente en nuestro país, que aunque se ubica entre las más bajas de América Latina, es elevada en el contexto de

países con similares niveles de fecundidad, ya que su valor se movió en los últimos 5 años, desde 41.8 hasta 52.5 hijos por 1000 mujeres, rompiendo así una tendencia que traía hacia el descenso, el peso de fecundidad de las adolescentes dentro de la fecundidad total, oscila alrededor de 15% y aunque se necesita elevarla fecundidad no puede ser a costa del embarazo en la adolescencia, debemos que seguir trabajando en su prevención.

Estudios recientes realizados por el Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de la Habana (CEDEM), en relación con la salud sexual y reproductiva (SSR) en esta etapa de la vida en nuestro país, se ha encontrado que:

<i>Características asociadas a la SSR en la adolescencia</i>
✓ La fecundidad adolescente representa en el 2015 el 15,2% de la total.
✓ El 14.6% de las mujeres que se convirtieron en madres en el 2015, tienen menos de 20 años.
✓ En el 2015, 4 de cada mil nacimientos fue de madres con menos de 15 años.
✓ En la zona rural la fecundidad adolescente representa el 21% de la fecundidad total.
✓ Se hace más temprana la edad de inicio de las relaciones sexuales, ubicándose en alrededor de los 15 años
✓ Las madres menores de 20 años se caracterizan porque más del 96% tienen 7 grados o más y tienen algún vínculo conyugal.
✓ La prevalencia del uso de anticonceptivos aumenta, pero con un uso discontinuo.
✓ En la estructura del uso, predomina el condón (67%), seguido por los DIU y la Píldora.
✓ Elevadas tasas de interrupciones voluntarias de embarazos en estas edades, que superan al resto de los grupos de edades.

Existe un alto riesgo de embarazo y de la presencia de ITS en la adolescencia. Partiendo de los datos de los Anuarios Estadísticos de Salud, y Encuestas MICS 2014, encontramos que:

- 16% de las muchachas de 15 a 19 años están casadas o unidas y de ellas, 4 de cada 10 no usan métodos anticonceptivos. El tema de la situación conyugal, requiere una mirada especial, ya que se encuentra un descenso de la edad en el momento del primer matrimonio o unión, la mediana en el año 1990 era de 15.8 años, mientras que

en el 2014 fue de 15.4 años, mientras que la media en el año 1990 fue de 15,44 años y en el año 2014 de 14,9 años.

Lo anterior muestra que un grupo importante de adolescentes, están priorizando planes de formar pareja y familia en una etapa en la que no debía ser su actividad rectora, pues están en plena formación y desarrollo desde el punto de vista psicológico, físico, social y escolar. De aquí que los adultos debemos ser cuidadosos para no fomentar estos proyectos.

Además, se mantienen comportamientos asociados al no uso de condones en la primera relación, a la discontinuidad en su uso, existiendo una referencia escasa a la doble protección. Puede resultar interesante destacar, que 12% de los adolescentes refiere su primera relación antes de los 15 años y esta es la edad media de la primera relación sexual. Las ITS muestran en los dos últimos años un comportamiento que no disminuye, principalmente en la incidencia de blenorragia, herpes genital y síndrome uretral.

También esta fuente del anuario, nos permite visualizar las características de nuestras madres adolescentes, por ejemplo:

- Edad media de la madre: De 10 a 14 años: 13.8 años, de 15 a 19 años: 17.5 años
- La distancia de la edad de su pareja llega a ser de 8.9 años para las de 10-14 años y de 7.3 años para las de 15 a 19 años, es decir a menor edad mayor diferencia con su pareja
- En la medida que aumenta la edad, disminuye el porcentaje de mujeres que viven en zonas rurales
- Situación conyugal: 91% con vínculo conyugal, pero de 12 a 14 años en su mayoría son solteras.
- Nivel de escolaridad:
  - de 0 a 6 grados (16.5%)
  - de 7 a 9 grados (57.8%)

- de 10 a 12 grados (25%)

- Situación ocupacional: No trabajaban 84.1%, lo que traduce que son amas de casa, asociado al abandono de sus estudios.
- El color de la piel, es un aspecto a tener en cuenta ya que encontramos que hay una mayor fecundidad en las adolescentes de piel no blanca en relación con las de piel blanca y esta diferencia se hace mayor en las edades de 10-14 años, elemento pocas veces tenido en cuenta al hacer las valoraciones de riesgo para promover conductas de prevención.

Todos estos elementos exigen a los adultos a prepararse y a hablar muchos más sobre la sexualidad y la vida en pareja, para que no prevalezca una visión entre nuestros adolescentes de que la sexualidad es negativa, fea, sucia, que solo provoca ITS, embarazos no deseados o decepciones amorosas, sino que es bella si se asume con cuidado y responsabilidad. Nosotros como acompañantes debemos velar y no censurar, pero si educar acerca de los riesgos y de cómo pueden protegerse antes estos comportamientos, los que pueden llevar a situaciones de problemas y de sufrimiento.

### ***Juventud:***

El término juventud ha sido conceptualizado por muchos autores, pero en esta obra nos interesa recalcar una definición más abarcadora que aparece retomada desde el punto de vista sociológico por Grisel Rodríguez, la que la define como: “período del ciclo de la vida en que las personas transitan de la niñez a la edad adulta, y durante el cual se producen importantes cambios biológicos, psicológicos, sociales y culturales, que varían según las culturas, las etnias, las clases sociales y el género”.

También ha sido complejo el proceso de precisar un rango etario para definir la juventud, al igual que está ocurriendo en las otras etapas de la vida, debido a las grandes transformaciones, por lo que es imposible asumir una norma internacional que encuadre el grupo juvenil, debido a que la duración de la juventud, depende de las condiciones socioeconómicas y culturales de cada país. Nosotros asumiremos el rango de los 20 a los 35 años, aunque muchos autores incluyen de 15 a 19 años, pero que nosotros lo conceptualizamos como la adolescencia.

En recientes investigaciones realizadas el Centro de Estudios sobre Juventud (CESJ) de nuestro país que atañen al tema de la familia y la pareja se ha hecho hincapié sobre el grupo de 30 a 34 años, ya que refieren que “los procesos de todo tipo que están teniendo lugar en la sociedad cubana inciden en la postergación de algunos proyectos de vida de los jóvenes en el ámbito de la familia y la pareja, hecho que algunos autores han definido como *“postergación de autonomía”* (Peñate, Pérez y Semanat, 2014).

Según estas investigaciones se ha comprobado que la conjunción de diversas variables socioeconómicas ha hecho que los índices de nupcialidad descendan hasta llegar a un promedio de 5,0 por cada mil habitantes en 2012, según datos de la oficina Nacional de Estadísticas (ONEI, 2008-2012). La realización del matrimonio está siendo postergada y muchas veces sustituida por las uniones consensuales. La Dra. María Elena Benítez (CEDEM), en sus estudios sobre la familia, muestra que en Cuba existen muchas causas que explican esta tendencia, entre ellas, la tradición de uniones consensuales desde inicios del siglo pasado o sea no es un fenómeno nuevo, especialmente patrones reproducidos de la regiones rurales que han sido trasladados a zonas urbanas (una posible justificación es la alta migración interna), experiencias matrimoniales anteriores o preferencias personales por una relación vista como ensayo de una convivencia matrimonial futura, lo que es alegado por muchos jóvenes. Esta investigadora junto a la Lic. Mariam Trilce Martinto del mismo centro de investigaciones, recalcan que la consensualidad no es necesariamente una alternativa al matrimonio, sino que puede ser considerada una etapa previa a este.

Otra mirada a tener en cuenta es que según el último censo de población hay un predominio de personas solteras en estas edades juveniles, entre ellos existen algunos que tienen pareja pero no conviven con ella, bien porque no han alcanzado un nivel de consolidación de la relación o porque no poseen las condiciones económicas y de vivienda necesarias. También la posposición puede estar dada por las oportunidades de superación, lo que hace que los jóvenes pospongan las uniones o matrimonios dentro de su proyecto de vida.

También en resultados obtenidos por la Dra. C. Marisol Alfonso, se percibe la mirada de género, ya que encuentra que las mujeres se casan a una edad más joven, existiendo un mayor porcentaje de hombres solteros respecto a las féminas de la misma edad. Esta

situación puede explicarse porque muchas mujeres ven el matrimonio como una fuente de seguridad, de libertad respecto a la familia de origen y de estabilidad social y económica. Además que sobre la mujer se ejerce la presión social y biológica de establecer una relación de pareja a edades más tempranas para tener hijos, en cualquiera de sus variantes. Es clásica la preocupación de las familias *“hasta cuando vas a esperar, te estas poniendo vieja para tener hijos”*, entre otros comentarios. Aunque esta presión ejercida desde el punto de vista social, no ha movido la tendencia cada más creciente en las últimas décadas, de la disminución de una manera sostenida de las tasas de fecundidad. Estos fenómenos están incidiendo en que Cuba se encuentre entre los países más envejecidos de nuestra región.

Creemos que con independencia de lo que nos aporten las estadísticas, es necesario repensar temas que están impactando en nuestra juventud y que hay que buscar estrategias para lograr una mejor orientación. Al hablar de la necesidad de elevar los índices de fecundidad los jóvenes aducen, criterios reales sobre el precio de la canastilla, el costo de mantener un hijo, los problemas de vivienda, que hacen que muchas veces las parejas no tengan donde vivir juntos, o no posean las mejores condiciones para independizarse y tener descendencia, unido a los proyectos individuales de superación tanto de los varones como de las hembras, lo que motiva que se aplacen los planes de vivir juntos y de tener un hijo.

Frente a estas causas reales, la familia en especial tiene que trazar estrategias que comienzan con perder la actitud paternalista sobre los hijos o hijas, ya que en muchas ocasiones oímos: *“los jóvenes de hoy son muy vagos y no quieren sacrificarse”*, lo que no es real, solo tenemos que darle responsabilidades. Las leyes y resoluciones sobre el empleo a tiempo parcial para los estudiantes, los nuevos acuerdos sobre extender la licencia de maternidad también a los abuelos, es algo que puede contribuir, pero para nuestro criterio lo fundamental está en buscar alternativas dentro de la propia pareja y la familia, como expresan los cantantes del magnífico dúo Buena Fé, consistente en lograr aprender, pese a las trabas económicas a: *“Disfrutar el amor en moneda nacional”*

### ***Edad mediana:***

Hay muchas personas que cuando se van acercando a los 30 años e incluso antes, comienzan a preocuparse sobre la necesidad de un compromiso estable desde el punto



de vista de la relación de pareja. Este proyecto que pudo haberse postergado por diferentes motivos; ya sea por disfrutar de una mayor libertad, por priorizar otros planes personales (donde los profesionales generalmente ocupan un buen espacio) o porque no han logrado una relación satisfactoria, lo cierto es que provoca el inicio de reflexiones sobre que está ocurriendo con su persona.

La mayoría de las veces esta preocupación viene relacionada por presiones que se hacen más acentuadas, como lo comentamos en la etapa de la juventud, de familiares o de amigos cercanos sobre comentarios como: "*te estás poniendo viejo (a) para tener hijos*" o se expresan dudas sobre el tipo de orientación sexual o la posibilidad de presentar alguna disfunción sexual, entre las más frecuentes. Lo cierto es que muchas personas empiezan a analizar si algo negativo ocurre con ellos y con el no haber logrado una relación de calidad, aunque hayan sido los responsables de haber postergado esta meta.

Ante todo, no hay una edad límite para establecer una relación estable y de compromisos emocionales, pues esto es algo que no solo depende de nuestros deseos, sino de que encontremos a la persona adecuada para ello. Este grupo de la edad mediana de la vida podemos enmarcarlo entre los 35 y los 59 años, como podemos percibir, constituye un grupo muy variado y que enfrenta eventos vitales en este período de sus vidas.

Hay una tendencia en esta época, que se produce en muchas personas de temer al compromiso y a la intimidad emocional, por temor a fallar o que las relaciones no resulten, por lo que se anticipa la posibilidad del fracaso antes de vivir la relación, por ello muchas veces se escoge establecer idilios con personas comprometidas, lo que los libra de la posibilidad de que las relación continúe o se profundice y se tiende a establecer relaciones cortas o fugaces.

El ideal de los tiempos modernos en la constitución de una pareja "*hasta que la muerte nos separe*" y el mito de la "*media naranja*" ha cambiado, dando lugar a una visión más realista del futuro y se ha convertido en un vínculo consensuado por un tiempo indeterminado entre dos personas que buscan relaciones sexuales en un marco afectivo de intimidad y de compañerismo, pero la objetividad no debe matar las ilusiones, no limitar nuestros proyectos como pareja a un "*tiempo*", pues esto puede ser un peligro que marca la relación.

Otro factor a tener en cuenta es que las personas quieren "*ser felices aquí y ahora*" y no se espera, provocando muchas veces que las parejas se separen, no siendo siempre el momento adecuado para la ruptura, ya que todavía podrían resolverse conflictos y aspectos disarmónicos. Sin embargo, la tendencia a resolver la situación lo más rápidamente posible, hace que no se marque un compás de espera, ni se desarrollen estrategias para mejorar la relación. Además, hasta hace muy poco el propósito de una pareja era unirse por amor con el fin de procrear y educar a los hijos, pero ahora el intercambio afectivo y la satisfacción sexual constituyen el objetivo de la pareja contemporánea. La felicidad se busca y está centrada en la vida de ésta.

Anteriormente el sujeto sacrificaba su felicidad por la continuidad de la relación, mientras que cualquier pareja actual tiene la convicción de que los vínculos son disolubles. Si pensamos en el divorcio como enemigo de la pareja, solo vemos un lado de la situación, pues muchas veces, es una institución que termina estimulando nuevas uniones. Si bien la sociedad actual apoya la estabilidad, también estimula el cambio de pareja cuando la actual es fuente de displacer y de infelicidad. Ahora, esta es la realidad, pero hay que tener en cuenta que todavía siguen influyendo los valores y los juicios de lo que se esperaba fuera una buena pareja, por lo que en muchos casos hay contradicciones y un enfrentamiento de nuevos juicios morales y valores con los ya existentes, apostemos entonces por nuestros propios criterios.

En otras ocasiones hombres y mujeres se "*construyen*" una imagen de su pareja que no es real y se defienden a sí mismos de la realidad, lo que a semejanza de Pigmalión, recrean en su imaginación una pareja ideal que no se corresponde con la realidad y tienen relaciones con la persona que está en su mente y no en su vida real. Todos los fenómenos anteriores redundan en conflictos, ya que cuando el vínculo no es transparente provoca que se busquen salidas como la infidelidad.

Esta etapa se encuentra matizada por aspectos dentro y fuera del marco de la familia, que exige grandes responsabilidades hacia los hijo (as), nietos, padres y el trabajo, por lo que se le denomina "*edad sándwich*", y en el caso especial de las mujeres: "*piñatas*", pues todos "*halan sus hilos colgantes*" de alguna manera, exigiendo y responsabilizando a estas mujeres y hombres. Este grupo de reclamaciones impacta en la sexualidad y en la vida en pareja, por ejemplo muchas mujeres en consulta refieren: "*estoy tan cansada cuando me acuesto, que aunque mi pareja me sigue buscando solo pienso en la*

*posibilidad de dormir*”, y los hombres dicen: *“los hijos, los nietos y el trabajo me presionan tanto al igual que a mi compañera, que ya no dejamos espacio para tener una aproximación más íntima”*. Esta tendencia de dejar el encuentro amoroso para después, para cuando terminemos las tareas y responsabilidades, hace que el encuentro erótico se postergue y se distancie, lo que va alejando a muchas parejas.

Es importante dedicarle tiempo a nuestras responsabilidades, pero también es crucial mantener el amor y el vínculo de pareja en esta etapa de la vida. Les hemos comentado a amigos y pacientes que habrá que hacer una *“agenda del ocio”*, relacionado con el encuentro amoroso. No es que nos guste planificar el erotismo y la ternura, pero es real que como distribuimos nuestro tiempo para las exigencias, quizás habrá que hacerlo para el intercambio, la ternura y el amor, dándole la prioridad que se merece.

En ocasiones la rutina y el alejamiento van minando el camino de la pareja y aparecen en consulta y en conversaciones con amigos y familiares, quejas sobre la disminución de la libido o dificultades para lograr la erección y el orgasmo. La mayoría veces se busca el responsable en las características de la edad, en el caso de las mujeres en el impacto del climaterio, la menopausia, y en el hombre la andropausia, y aunque puede ser cierto, pero es solo una parte de las causas, tampoco impacta igual en esta etapa de la vida en todas las mujeres y los hombres.

Así, habría que preguntarse: ¿Será la disminución de la libido un indicador de la pérdida del amor?

El proceso de vivir una relación no es lineal y por ello hay momentos de conflictos e incluso de disminución de la libido y del interés por el otro, que se relacionan generalmente con expectativas e inquietudes no resueltas y que no necesariamente se relacionan con la pérdida del amor o el desinterés por el otro. Resulta recomendable mantener un dialogo claro y directo con nuestra pareja, para detectar los malestares y las inquietudes de ambos, con el objetivo de prevenir las situaciones de conflicto, de rutina y de desinterés.

Es importante que ante todo reflexionemos que nos está molestando de nuestro compañero(a), pues muchas veces evadimos nosotros mismos lo que nos preocupa, con tal de no romper la supuesta *“estabilidad de la relación”* y lo que se provoca es la

acumulación de malestares, los que se expresan en momentos no oportunos y con una mezcla de irritabilidad y rencores, perdiéndose entonces la posibilidad de un dialogo de entendimiento.

La disminución de la actividad sexual y de la búsqueda por el otro, puede deberse a la monotonía en la relación, las preocupaciones, la fatiga mental o física, la depresión, el no tener el sexo entre las prioridades debido a las exigencias del tiempo y el temor a no despertar los mismos deseos, incluso por la preocupación de una pérdida o a la disminución del atractivo. También inciden causas físicas, como las enfermedades crónicas, las secuelas de cirugías, algunos medicamentos o el ingerir mucho alcohol.

Igualmente resulta necesario que se continúen erotizando los espacios y los momentos más cotidianos como las sesiones de ejercicios, las conversaciones, incluso durante algunos momentos del trabajo, por ejemplo en las labores caseras y que se empleen las fantasías como una forma para que la sexualidad sea más creativa y sensual, sin la necesidad de nada externo ni artificial, sino que el goce de los cuerpos, el intercambio de esencias, de posiciones e imágenes sensuales conviertan ese momento en mágico e insustituible.

Tales elementos enriquecen la vida del sujeto y propician que se vivan todas las etapas de la pareja como un período placentero y de realización, pues muchas de ellas, agobiadas por el exceso de tareas y de responsabilidades posponen las relaciones y los planes íntimos para cuando exista *“tiempo”*, cuando *“estemos de vacaciones”* o *“sin problemas”*, lo que provoca un distanciamiento que muchas veces es difícil de subsanar.

Por otra parte, quienes logran una relación amorosa placentera duermen poco por hacer el amor, conversan y disfrutan al máximo el tiempo en que están juntos, se mantienen alegres, optimistas y soñadores, lo cual, estamos seguros, ayuda a enfrentar los momentos difíciles que depara la vida y a disfrutar cada etapa de la pareja con las características que posea.

Consideramos que no se debe buscar la perfección, sino regocijarnos con lo bueno que tenemos y no debemos olvidar que en cualquier etapa de nuestra existencia pueden haber sueños y metas. Vivamos para enriquecer nuestra vida y la de quienes nos rodean.

### ***Sexualidad en la tercera edad. ¿Una mala etapa?***

Recientemente se celebró el Día Mundial contra el acoso y el maltrato a las personas de la tercera edad. A propósito, reflexionamos como profesionales de la psicología y de la sexología a partir de las abundantes quejas y malestares que percibimos en la consulta y en los propios intercambios con personas en esta etapa de la vida, acerca de la necesidad de continuar promoviendo el conocimiento de los derechos y las posibilidades de vivir una sexualidad plena y placentera en estas edades. Esta educación y promoción debe realizarse, tanto entre quienes se encuentran en esta etapa de sus vidas, como desde las edades tempranas, con el objetivo de prepararnos para afrontarla de una forma adecuada. En especial, hay que prestar atención a la familia.

En muchas ocasiones, al hablar de la sexualidad en la tercera edad, hacemos el símil con *“la erótica del otoño”*, *“la sexualidad en el ocaso de la vida”*, por señalar algunos ejemplos donde, desde la propia forma en que se habla, se alude a etapas donde *“se caen las hojas o el día termina”*, lo cual conlleva una dosis de violencia.

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, por ocaso se entiende *“la puesta de sol al trasponer el horizonte, decadencia, declinación o acabamiento”*. Así, parecería que es el momento donde todo se torna peor, por lo que desde el propio discurso estamos atrapados en la contradicción de si estamos a favor de una larga vida, o creemos que ya todo está finalizando. Es necesario revisar, incluso cómo hablamos de esta etapa, para no introducir elementos negativos en nuestro discurso que refuercen el sentimiento de minusvalía y auto rechazo hacia y entre las personas mayores.

Es innegable que con el paso de los años nuestros cuerpos sufran transformaciones, pero esto ocurre desde el mismo momento en que nacemos, e incluso antes, aunque en las edades más avanzadas tales cambios puedan ser más evidentes, sobre todo si tomamos como referencia el cuerpo joven, pero si cambiamos la mirada, podríamos hablar de evolución de la vida y no enfocar los cambios como el preludio del fin.

Es real que cambian los cuerpos, según pasan los años existe una mayor prevalencia de enfermedades crónicas; pero por otra parte se tiene más experiencia, es una etapa donde la preocupación, por ejemplo por un embarazo no deseado, dejó de ser un problema para la pareja, y en especial para la mujer.

La educación sexual en esta etapa no puede reducirse a informar aspectos fisiológicos, o acerca de lo que va a ocurrir en el caso de la mujer con el climaterio o la menopausia, o del hombre con la llamada andropausia, sino que deben atenderse muchas más circunstancias en las que los cambios fisiológicos son solo una parte, pero cómo se interpretan esos cambios y la forma en que afectan al erotismo, es otra faceta, por cierto muy importante.

Los referentes del amor y de la sexualidad no pueden seguir siendo solo una pareja joven como el paradigma de Romeo y Julieta, pues entonces el amor y la sexualidad en la tercera edad siempre estarán en desventaja.

Las características de la respuesta sexual cambian en las diferentes etapas, pero tanto el hombre como la mujer nacen y mueren sexuados, así que cambian la cantidad y durabilidad de las erecciones y la lubricación de la vagina, pero en ese hombre y en esa mujer siguen presentes sus deseos y sus sueños.

Debemos aprender a darles importancia a otros elementos que son parte de la sexualidad, como la ternura, la entrega emocional, las caricias. Aprender a vivir un coito sin parámetros de competencia con uno mismo en otros momentos de la propia vida, ni comparándonos con otros. El erotismo y la intimidad, pueden desplazar su centro a otros aspectos de la sexualidad.

Muchas mujeres ancianas nos preguntan “¿hasta cuándo mi esposo tendrá deseos sexuales, pues ya a nosotras no nos interesa tanto?”. ¿Y será verdaderamente que ya no les interesa tanto? ¿O no les interesa un coito que siga los parámetros de rendimiento de las etapas más jóvenes? Probablemente, lo que en realidad les interesa es vivir el erotismo desde otras formas de entrega, que por supuesto pueden resultar también placenteras y satisfactorias.

El enfoque no debería centrarse, en nuestro juicio, en medicar a los hombres de esta etapa con viagra u otros fármacos orales para lograr erecciones más potentes y

mantenidas, o a las mujeres con cirugías para cumplir el mandato tradicional de verse más jóvenes de lo que son realmente. A estos estereotipos erróneos deben contraponerse ancianos saludables, que realicen ejercicios físicos, con redes de apoyo y con deseos de vivir, con el conocimiento de cómo pueden vivir una sexualidad placentera y proyectos de pareja, con preceptos acordes con sus intereses y sus realidades.

A su vez, urge que los profesionales expliquemos los cambios que se sufren, que no significan pérdidas, sino modificaciones y también explicar los efectos secundarios de algunos medicamentos en la sexualidad, entre tantos aspectos a orientar.

De esta forma reconocemos y se reconocen ellos en lo que realmente les gusta, en lo que les atrae y con quien se sienten bien, de aquí que no deban ser tratados como niños bajo la supervisión de la familia, que aprueba o no sus proyectos, incluso los de mantener relaciones íntimas. En muchas familias se irrespeta el espacio de la pareja de la tercera edad para las muestras de amor, para ensimismarse o para fantasear. ¿Tienen espacio donde guardar tanto sus recuerdos pasados, como sus deseos presentes o sus anhelos futuros, o para tener un nuevo proyecto de pareja, en el caso de las personas que están solas por viudez, divorcio o separaciones, tan frecuentes en esta etapa?

Son muchas veces la familia o la propia sociedad quienes imponen el silencio, niegan la sexualidad, o hacen del “otoño” un final de trayecto y no una etapa más de la vida. En muchas familias se manejan a las personas ancianas como si solo tuvieran pasado, como si solo les quedara esperar el fin. En todo, y también en la sexualidad, hay presente y futuro, el que cada uno desee.

Si no cambiamos nuestra forma de percibir la sexualidad a estas edades, no podremos hacer una verdadera educación sexual con un enfoque en los derechos sexuales, no solo en su conocimiento, sino también en su puesta en práctica.

Al reflexionar sobre nuestro país, donde el envejecimiento demográfico es una realidad, entonces deberían trazarse estrategias desde las políticas públicas para proteger, orientar y lograr el acceso a los servicios de salud, donde se orienten y traten las inquietudes y malestares de la sexualidad de nuestros más longevos ciudadanos. Envejecer no es un problema, todo lo contrario, es un logro de nuestra sociedad, pero hay que garantizar que

se viva la vejez con dignidad y calidad de vida y la sexualidad es también una parte importante de ella.

### ***¿Y la credibilidad del proyecto de pareja?***

Entonces: ¿Desaparecerá el proyecto de pareja?

Ante estas interrogantes, nuestra respuesta es negativa, pero hay que tener en cuenta los cambios que está sufriendo la pareja actual, muchos de ellos complejos, donde se entrecruzan expectativas individuales, con proyectos de dos, una filosofía de vida matizada por este mundo globalizado por el área de las comunicaciones y de las mediaciones tecnológicas, además de los cambios que se desarrollan concretamente en nuestro país desde lo demográfico, lo económico y lo social. Por todo lo anterior se desprende la necesidad de desarrollar estrategias para el disfrute y la entrega de la pareja desde la propia cotidianeidad. Consideramos que ni el proyecto de pareja ni el de familia desaparecerán, solo se transformará y asumimos el precepto: *“ni se crea, ni se destruye, solamente se transforma”*, entonces, ¿eso querrá decir que la pareja se encuentra en un período de transición hacia un nuevo modelo de relación?

Vemos a la pareja contemporánea como el registro de un electroencefalograma, con sus paroxismos o picos, que se traducen en formas de vivir desde su mundo interno, pero tomando como referencia lo que se espera desde lo social, lo que genera contradicciones, que pueden salvarse con un proceso de reflexión y de negociación, por ejemplo en el caso de las mujeres que se han conquistado espacios desde lo laboral, lo profesional, muchas refieren lo bueno de un hombre protector, caballeroso, lo que implica la fusión de modelos y esto pudiera ser para algunos una contradicción, pero no desde el criterio de los autores, ya que cada pareja va adecuando a sus necesidades, gustos y expectativas, el cómo se vive, pero sin poder desprenderse del momento social e histórico. Entonces asumamos con estas reflexiones, como profesionales y personas, la necesidad de desarrollar estrategias para el disfrute y la entrega de la pareja desde la propia cotidianeidad y que esto les permita que vivan con más placer y afecto y que la relación goce de calidad.



Por ejemplo todos estos elementos se complejizan en las parejas en que uno de sus miembros o ambos viven el proceso de una enfermedad crónica, en que por supuesto se adicionan nuevos elementos a tener en cuenta. Pues además de todo lo analizado con anterioridad, ya de por sí en un marco complejo, se unen las características del paciente que vive el trastorno de su salud, por ejemplo una enfermedad renal y la espera de un trasplante, junto a la vivencia de si podrá mantener un buen funcionamiento del órgano injertado o no, lo que encierra al paciente y a su pareja en un proceso de duelo y espera, que influyen sin lugar a dudas en su vínculo y en especial en la sexualidad.

Esto nos deja una serie de retos:

- El incremento de las preocupaciones y de los malestares de la vida en la pareja y en la familia
- La necesidad del diagnóstico adecuado de las inquietudes de la pareja y de la familia actual
- La necesidad de brindar una educación e información adecuada en estos temas
- La necesidad de la preparación de los especialistas en el afrontamiento a estas realidades
- El desarrollo de alternativas de intervención, de cómo llegar a la pareja y a la familia desde diferentes contextos (consultas digitales, líneas de ayuda y otras formas tradicionales de consejería, información y terapia)

Por todo ello, preparémonos para cosechar afectos, ternura, erotismo, intimidad y compromiso, como claves de una ética que nos permita un vínculo de pareja enriquecido y capaz de enfrentar los retos que desde lo individual, familiar, social y económico nos depara el día a día.

Decisiones médicas difíciles. La obtención de un consentimiento educado y un consenso colegiado.

*A nuestra hermana Elsa Lidia. Coincidió la confección de este artículo con su momento difícil, entonces se empleó lo meditado y se enriqueció mucho más. También desde nuestro corazón.*

La siguiente situación fue totalmente real y tomada de la práctica clínica de los autores:

*“Se recibió en el cuerpo de guardia a un paciente de 78 años de edad, con antecedentes de ser haber sido operado de una neoplasia de recto, motivo por el cual tenía una colostomía, además existía el antecedente de que el tumor había tenido una recidiva con invasión de las vías urinarias bajas. El paciente tenía toma del estado general, palidez cutáneo-mucosa y en los exámenes complementarios mostraba una gran elevación de las cifras de urea, creatinina, potasio, acidosis metabólica y anemia, en un ultrasonido abdominal se halló una gran dilatación de las vías excretoras renales. Se interconsulta al urólogo de guardia, este se mostró dispuesto a realizar una cirugía derivativa pero se necesitaba que previamente recibiera tratamiento dialítico de urgencia para mejorar su medio interno, especialmente para controlar las cifras de potasio. El nefrólogo de guardia realizó una hemodiálisis de urgencia, que fue repetida al siguiente día, la mejoría clínica del enfermo fue ostensible, fue como una planta casi seca que revivió al ser regada. En una revaloración efectuada por los urólogos, concluyeron que por la extensión del tumor no era posible la cirugía derivativa. El equipo de atención enfrentó el dilema de interrumpir el tratamiento dialítico ante un paciente considerado en estadio final (es decir, adecuar el esfuerzo terapéutico o efectuar una limitación de recursos), pero que había mejorado con este, o continuar efectuando este tratamiento tres veces por semana como si se tratara de un paciente con una enfermedad renal crónica por las causas usuales (por ejemplo hipertensión arterial, diabetes mellitus o enfermedades glomerulares)”.*

Indudablemente se trataba de una decisión difícil (más adelante ahondaremos en la situación anterior). Y cada día se presentarán con una mayor frecuencia, sin lugar a dudas.

## **Introducción**

La necesidad de tomar una decisión médica difícil se presentará con una frecuencia cada vez mayor en los pacientes con enfermedades que anteriormente tenían una mortalidad precoz o eran consideradas terminales y ahora, con los advenimientos del desarrollo ya no sucede así, se trataría de pacientes afortunadamente “rescatados” que conllevan una complejidad creciente por la elevada comorbilidad (enfermedades y nuevos síntomas). Los enfermos con cáncer y los adultos mayores constituyen dos ejemplos de esta nueva situación. Debe destacarse que en la misma medida que tanto la incidencia y la mortalidad por cáncer continúen aumentando año tras año, junto al conocido envejecimiento poblacional, situaciones conflictivas similares a la que se narró anteriormente se presentan y se presentarán con una frecuencia que ya podemos calificar como preocupante, y necesitan una “metodología” de conducta lo más uniforme posible, para garantizar decisiones científicas, justas, solidarias y sobre todo humanas.

## **Desarrollo**

En este proceso de decisión a nuestro modo de ver hay tres elementos fundamentales:

- Tener definiciones conceptuales lo más precisas posibles ante cada situación
- Lograr un consentimiento educado del paciente y su familia
- Arribar a un consenso colegiado donde deben participar todos los imbricados y bajo ningún concepto debe excluirse al personal de enfermería

Estos tres aspectos se encontrarían en un proceso dinámico de retroalimentación trilateral, original ante cada decisión difícil, sin la posibilidad de recetas prefijadas. El proceso de toma de decisión es dinámico, es decir puede tomarse una decisión y durante la evolución aparecer nuevas tecnologías, nuevos criterios o análisis complementarios incluso novedades dentro de la evolución que obliguen a analizar la posibilidad de tomar una nueva decisión. Por lo tanto el objetivo del presente artículo no será bajo ningún concepto ofrecer soluciones sino la propuesta de un método que nos permita uniformidad, científicidad y justicia en los análisis, con la participación activa, concedora y

responsable de todos los sujetos involucrados (por supuesto se incluye el enfermo y su familia).

La profundidad, calificación e intensidad de las discusiones diarias de los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos, son muy instructivas desde diversos perfiles, ejemplo de ello fue la siguiente frase que los autores oyeron pronunciar al experimentado intensivista y amigo Dr. C. Anselmo Abdo Cuza, jefe de una unidad, ante una decisión muy difícil que había que tomar ante un paciente muy grave: *“si se opera puede morir, si no se opera se va a morir”*. Esta frase también ilustra el grado de estrés diario a que están sometidos estos colectivos que tanto luchan por la vida y hacia ellos llegue nuestro reconocimiento.

Atención especial merece el análisis cuando en el proceso de tomar una decisión existe un profesional, que además es un familiar allegado del paciente. En la medida de las posibilidades cabría solo considerarlo en el rol de familia y no obligarlo a la responsabilidad de tomar una decisión profesional, no puede olvidarse el aforismo: *“Cuando la razón y la emoción querellan, vence la emoción y cree la razón que ha sido ella”*. El profesional que a su vez es familia del paciente en cuestión, estará también imbricado en el duelo y pensará de acuerdo a la fase de este en que se encuentre, ya sea negando, culpando, mostrarse deprimido o logrando la forma más positiva, que sería aceptar la situación y contribuir con la ayuda de otros criterios a buscar la mejor solución para el enfermo.

### **Definiciones conceptuales precisas ante cada situación**

Si bien cada situación es original y personalizada y como se manifestó anteriormente no pueden haber recetas preconcebidas, consideramos que resulta imprescindible que existan definiciones conceptuales, que garanticen una uniformidad en el proceso de toma de decisiones. Resulta imposible abarcarlas todas en este artículo, incluso muchas irán surgiendo en la medida que avance el tiempo, la mentalidad, el desarrollo, la accesibilidad y los recursos. Por el momento consideramos imprescindible definir:

- ¿Estamos seguros de que estamos ante un paciente en estadio final, basados en parámetros inobjectables y con consenso de todo el equipo de atención?

- ¿Qué calidad tendrá el consentimiento obtenido, será educado o superficialmente informado?
- ¿Qué participación tendrá la familia en la obtención del consentimiento?
- ¿Cuáles son los objetivos que se esperan lograr con la conducta que se trazará?
- ¿Será la calidad de vida que aspiramos alcanzar la que desea percibir nuestro paciente?
- ¿Cuál sería el pronóstico? ¿Cuánto lograríamos alargar la vida de ese enfermo con la calidad de vida que él desea?
- ¿Hacer más, hacer menos o hacer lo que corresponde?
- ¿Cómo definimos estos tres parámetros anteriormente citados: más, menos o lo que corresponde?
- ¿Iniciar conductas y reevaluar?
- ¿Detener conductas que no ofrezcan los resultados esperados aunque eso signifique acortar la vida?
- ¿No estaremos realizando distanasia (ensañamiento terapéutico)?
- ¿No estaremos realizando o dejando de realizar acciones que puedan constituir eutanasia?
- ¿Estaremos realizando una correcta adecuación del esfuerzo terapéutico, definición que preferimos a la más antigua "limitación de recursos terapéuticos"?
- ¿Estarán influyendo aspectos económicos en las decisiones, tanto de los profesionales como del paciente o de su familia?
- ¿Modificar la conducta por temor a una queja o una demanda?
- ¿Resultará necesario en el proceso de decisión "*comprar tiempo*" por diversas razones y esperar un poco, buscando una mayor claridad y más elementos para el análisis?

Consideramos que resultaría de mucha utilidad tener parámetros uniformes en todos los aspectos en que sea posible. A manera de ejemplo citamos los criterios de enfermedad terminal publicados por Hodelín R:

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico
3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes
4. Gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico, relacionado con la presencia explícita o no de la muerte
5. Pronóstico de vida inferior a seis meses

Estos criterios deben ser analizados con mucha cautela y adecuarlos a cada situación, por ejemplo, puede que su paciente cumpla estos cinco criterios, habría que plantearse quizás una limitación de recursos terapéuticos o adecuación de este esfuerzo (se dividirían las acciones médicas en paliativas o de avanzada por llamarlas de alguna forma), pero pudiera estar en contradicción con un buen estado general del enfermo y que quizás aún goza de una calidad de vida percibida aceptable.

Pudiera darse el caso de un enfermo en etapa terminal, cuando este aprueba el inicio de una medida considerada no paliativa, por ejemplo, un tratamiento dialítico (de hecho lo hemos realizado con cierta frecuencia en este tipo de enfermos), ya se había considerado sin criterios para ingreso en una unidad de cuidados intensivos (recurso escaso, muy costoso y que a nuestro modo de ver debe ser empleado para salvar vidas en pacientes graves y no por complacencia ni para brindar cuidados paliativos, para esto deben crearse estas unidades o adaptar condiciones fuera de las terapias), pero al colocarle un catéter venoso profundo hace una complicación que requiere cuidados intensivos *¿qué hacer?, ¿dejarlo morir sin estos cuidados porque “no tiene criterios”?* Usted, amable lector también tiene criterios, le rogamos lo medite y actúe en consecuencia si en algún momento le corresponde, ya sea como profesional, como paciente o como familia.

Los aspectos socio-económicos y las políticas de salud también influyen en estas decisiones. Uno de los autores, en un libro titulado *“Riñón y envejecimiento”* en el tópico de *“Ética en la asistencia y en las investigaciones científicas en los adultos mayores”*, abordó los aspectos relacionados con una visión integral de los enfermos, de acuerdo al tipo de tratamiento seleccionado, ya fuera médico (¿paliativo?) o sustitutivo, donde se incluía tanto el tratamiento pre dialítico, como durante la etapa de diálisis o si el adulto mayor recibía un trasplante renal. No puede olvidarse que tanto los métodos dialíticos como el trasplante, no obstante sus efectos beneficiosos, también añaden nuevos factores de riesgo y posiblemente en muchos casos hasta nuevas enfermedades crónicas (la diálisis produce afectaciones bio-psico-sociales, por lo tanto desde este punto de vista podría considerarse también un nueva enfermedad), estos aspectos también deben ser tenidos en cuenta a la hora de seleccionar el tratamiento más adecuado.

Resulta importante destacar en relación con estas dos últimas opciones terapéuticas, los métodos dialíticos y el trasplante, que existen diferencias notables entre los países,

atendiendo no tan solo a sus posibilidades económicas sino también a su voluntad política:

- Una minoría de países dializa o trasplanta (o por lo menos trata de trasplantar) a todos los necesitados
- Un grupo dializa a muchos pacientes, a unos muy bien y a otros con diálisis de sobrevivencia (el objetivo único es alargar un poco la vida en estos últimos)
- Otros dializan a una minoría de los necesitados, a unos muy bien y a otros con diálisis de sobrevivencia
- Un grupo no despreciable no dializa ni trasplanta prácticamente a nadie

Por lo tanto, también estas realidades, que escapan en gran medida de los deseos y esfuerzos del personal de la salud, de igual forma influirán en el proceso de la toma de decisiones.

Puede afirmarse que no existen parámetros uniformes de evaluación para decidir cuál es la mejor opción terapéutica junto al enfermo y sus familiares, por lo que se corre el riesgo, al dejar esta decisión a la espontaneidad, que se induzca la no aceptación, por ejemplo de los métodos dialíticos o de cualquier otro tratamiento que tenga cierto grado de complejidad o mayor costo, en los que se consideren "*menos elegibles*" y por lo tanto se condenen a una sobrevida mucho más corta. Lo contrario tampoco sería recomendable porque existe la posibilidad de un ensañamiento terapéutico (distanasia) y se insista en tratamientos cruentos y costosos desde todos los puntos de vista, a sabiendas de que resultarán fútiles. Por ejemplo, una situación especial muy similar a la reflejada al inicio de este artículo, pudiera darse en un paciente enfermo en la etapa final de su evolución, sin posibilidades terapéuticas de cura o mejoría, pero que aún mantiene un buen estado general y se decide realizar tratamiento dialítico para mantener cierta calidad de vida aunque fuera por un tiempo corto y aquí caben varias interrogantes, cuyas respuestas nos pueden ayudar en la decisión a tomar:

- ¿Quién define este tiempo? ¿Una estadística fría que dice que los pacientes en esta etapa no duran más que x días y que por lo tanto no deben dializarse?
- ¿Quién define que los métodos dialíticos son: o una medida de soporte o un ensañamiento terapéutico?

- ¿No dializar y que muera rápidamente por hiperpotasemia a pesar que todavía se encuentra con un estado general satisfactorio y nos dice *“me siento bien”*?
- ¿Qué influiría en la decisión de no dializar, si así se decide? ¿El costo económico?

Nunca olvidaremos a un paciente con una neoplasia que infiltró las vías excretoras renales sin ninguna posibilidad de resolver, dejó de orinar, pero contrastaba con su magnífico estado general. Después de una discusión en el colectivo y obtenido el consentimiento del paciente y su familia, se inició tratamiento con hemodiálisis, un mes después, ya con algunas señales de deterioro, el paciente nos pidió una conversación íntima, pensamos que era para comunicarnos su deseo de interrumpir este tratamiento, para nuestra sorpresa y lo que nunca olvidaremos por la enseñanza que conlleva, nos pidió una receta de sildenafil (viagra), porque *“no le estaba funcionando bien el sexo”*, según sus propias palabras. No era un trastorno mental por su enfermedad ya que su esposa lo corroboró y no había ningún elemento de la pérdida de la lucidez

Resulta importante destacar una vez más, que el médico de asistencia ni es juez, jurado, administrador ni decisor de los recursos de salud. No es un policía o detective, ni es un dios para decidir con sus acciones quién vive o quién muere de una forma más o menos rápida. Por lo tanto se necesitan parámetros uniformes para el análisis de la posible mejor terapéutica, en un paciente con una enfermedad considerada terminal o que por su evolución puede llegar a este estadio en un tiempo relativamente breve.

A manera de ejemplo para el análisis, pudiera utilizarse la enfermedad renal crónica (ERC).

En una magnífica revisión publicada por Swidler se clasifican a estos pacientes en tres fenotipos: Saludables, vulnerables y frágiles

Para llevar a la práctica esta clasificación se necesitan una serie de instrumentos en forma de escalas que pudieran hacer algo engorrosa su utilización en la práctica clínica diaria. Por otra parte, el empleo de los términos saludable, vulnerable y frágil pudieran suscitar confusión principalmente en algunos pacientes y familiares (por ejemplo, un adulto mayor clasificado como saludable puede tener una arritmia grave relacionada con el tratamiento dialítico e incluso morir inesperadamente), por lo que los autores del artículo actual propusieron una clasificación ya publicada en el libro titulado “I Consenso



de Enfermedades Renales y Sexualidad”, que además de poder ser fácilmente aplicable por los médicos de asistencia, conlleva un criterio pronóstico más claro y además pudiera permitir la recomendación de los tipos de tratamiento específico, ya fuera médico (activo, conservador, paliativo), la diálisis o el trasplante.

Para ello, partiendo del hecho de que resulta también muy difícil o imposible una evaluación cuantitativa precisa, ya que un solo factor en un paciente puede tener más peso que varios en otro y de que se debe estar claros que se evalúan enfermos y no cifras, proponemos una evaluación cualitativa y por consenso que incluye al paciente y su familia, y los divide en tres grupos: A, B y C. Esta clasificación pudiera servir de ejemplo para otras especialidades médicas que también enfrentan decisiones difíciles, adaptándolas por supuesto a sus características y particularidades:

- Grupo A: PEB (probablemente evolucione bien)
- Grupo B: EI (evolución imprecisa)
- Grupo C: PEM (probablemente evolucione mal)

Para desarrollar estos aspectos se emplearon algunos resultados iniciales de una investigación en curso, tutorada por uno de los autores de este artículo, que tendrá salida como una tesis de doctorado titulada: “*Nefropatías crónicas en el adulto mayor. Atención integral en el nivel primario de salud*”. En este estudio se estudiaron 40 adultos mayores que padecían de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus, 38 de ellos tenían una ERC en diferentes estadios y se clasificaron de la siguiente forma:

Grupo A: PEB (probablemente evolucione bien): 30 pacientes

Parámetros de evaluación:

- $\leq 80$  años de edad
- Índice de masa corporal  $> 20 \text{ Kg/m}^2$
- Albúmina plasmática  $> 25 \text{ g/L}$
- No comorbilidad, solo la causa de la ERC o no grave (principalmente cardiovascular)
- Estar apto para recibir un trasplante renal

- Estado vascular periférico que permita la realización de una fistula arteriovenosa o en su defecto la posibilidad de que se le pueda colocar un catéter venoso permanente de una manera que probablemente no fuera complicada
- No contraindicaciones para realizar diálisis peritoneal
- No discapacidad física limitante para las actividades normales
- Lucidez
- Desear el tratamiento de reemplazo renal después de una buena información, optimismo
- Redes de apoyo familiar y social

Grupo B: EI (evolución imprecisa): 3 pacientes

Parámetros de evaluación:

- Existen dudas o no puede ser clasificado ni como PEB ni como PEM
- Posiblemente son los mayores candidatos a un periodo de prueba terapéutica de reemplazo renal
- No aptitud para poder realizar un trasplante renal
- Estado vascular periférico en el que resulta dudosa tanto la posibilidad de lograr una fistula arteriovenosa adecuada o en su defecto la posibilidad de que se pueda colocar un catéter venoso permanente para hemodiálisis
- Contraindicaciones no absolutas para realizar diálisis peritoneal incluyendo la enfermedad pulmonar obstructiva crónica que puede limitar su uso
- Obesidad severa

Grupo C: PEM (probablemente evolucione mal): 5 pacientes

Parámetros de evaluación:

- > 80 años de edad

- Índice de masa corporal  $<20 \text{ Kg/m}^2$
- Albúmina plasmática  $<25 \text{ g/L}$
- Comorbilidad importante, principalmente cardiovascular
- Neoplasia no controlada que puede acabar rápidamente con su vida
- No aptitud para poder realizar un trasplante renal
- Estado vascular periférico que no permite la realización de una fistula arteriovenosa adecuada o en su defecto que haga muy difícil o imposible la colocación de un catéter venoso permanente hemodiálisis
- Contraindicaciones absolutas para realizar diálisis peritoneal incluyendo la enfermedad pulmonar obstructiva crónica que puede impedir su uso
- Obesidad severa
- Incapacidad física limitante para las actividades normales
- No totalmente lúcido o demencia
- No desear el tratamiento de reemplazo renal después de una buena información
- Pesimismo y depresión que no mejoran con una conducta adecuada
- Ausencia de redes de apoyo familiar y social

Esta clasificación, adaptándola de forma particular a cada situación y especialidad, ya que en este caso se refiere a la utilización de métodos de suplencia de la función renal, pudiera ser útil a la hora de tomar una decisión difícil para diferentes enfermos y especialidades, cuando resultara necesario seleccionar la terapéutica más adecuada, que en primer lugar no fuera peligrosa o le podría provocar más daño. Se reitera que la evaluación propuesta debe ser cualitativa y por consenso y debe incluir los criterios y deseos de los pacientes y sus familiares, cualquier decisión que ofrezca dudas debe ser colegiada en colectivos concedores del tema, incluyendo las comisiones de ética médica si fuera preciso.

Conceptualmente el hecho de poder clasificar al enfermo en tres grupos de acuerdo al pronóstico, pudiera ayudar de una forma objetiva y uniforme en la toma de decisiones, entre otras cosas por ser de más fácil comprensión para el enfermo y su familia.

### **Lograr un consentimiento informado (mejor dicho educado) del paciente y su familia**

Existen algunas interrogantes sobre el consentimiento informado (CI) que pueden ayudar en su interpretación:

- ¿Quién determina cómo debe ser? ¿El médico, el abogado, el paciente, su familia?, o mejor adecuado a cada enfermo y situación, es decir “*a la carta*”
- ¿Ser tan claros y directos en su obtención que puede llegar a la dureza o ser “*suaves*”?
- ¿Con qué objetivo lo obtenemos?
- ¿Se trata de un paciente con la autonomía conservada o no (en este caso decidiría la familia o los representantes legales)?

Ante todo tener en cuenta que el paciente tiene tanto derecho a saber cómo a no querer saber. Existen varios aspectos muy humanos de la “*verdad*”:

- Que sea deseada
- Que sea necesaria y tolerable en ese momento
- Que sea deseada y necesaria, pero necesite un período de preparación, porque pudiera aún no ser tolerable
- Debe existir una mayor participación de las personas en expresar y decidir en cómo desean sus momentos finales (testamento, voluntad anticipada), para lo cual debemos intentar prepararnos para la muerte, si ello fuera posible
- Que no sea deseada ni necesaria. No decirlo todo no equivale a mentir. Consideramos que no se debe caer en el extremo del paternalismo de reservarse el profesional toda la información, pero tampoco mucho menos ser cruel en estas funciones. Aquí se prueba el respeto del médico hacia sus enfermos, su empatía y ternura.

- Podría incluso establecerse “*un silencio cómplice*” entre el enfermo y su médico en algunos casos. Pedrito Junco, el compositor de la mundialmente famosa canción “*Nosotros*”, estaba muy enfermo de tuberculosis, algo prácticamente incurable en aquellos tiempos y le escribía a una de sus amistades que no la hablara a sus padres de que él conocía de su enfermedad porque sabía que ellos estaban impuestos de toda la situación, pero no quería que ellos supieran que él lo sabía. Así de compleja pueden ser estas situaciones. Uno de los autores tuvo un gran amigo médico y una gran amiga enfermera, que casi al unísono desarrollaron un cáncer incurable e incontrolable, en la etapa final, él prefería ignorar la situación y aceptaba y evidentemente prefería las frases de optimismo que todos sabíamos que no eran verdaderas. Ella nos encargaba tareas para el futuro (de una forma implícita cuando no estuviera), pero sin ningún ánimo de reconocer el presente. Aquí nos preguntamos: En casos similares ¿Qué obligación o qué derecho tiene el médico para decir una verdad no deseada?

La necesidad de talento creador es vital en la actualidad, la innovación es clave para responder al entorno. No basta con aprender la cultura elaborada por los que nos antecedieron, se necesitan y se necesitarán nuevas soluciones para los problemas urgentes derivados del desarrollo tecnológico y de las transformaciones para adaptarse a los cambios. La realidad actual en una sala hospitalaria, en un consultorio o en un cuerpo de guardia resulta diferente a la existente unas décadas atrás, en un proceso dinámico que no se detendrá. Por ejemplo, los avances tecnológicos provocan el riesgo de que se olvide el imprescindible método clínico, lo que junto a la avalancha de información y su amplia accesibilidad por toda la población, puede crear positivamente un paciente mejor instruido y educado en los problemas de salud, pero si no se produce un proceso bilateral de enseñanza-aprendizaje entre la población y el equipo de salud, se puede producir un paciente solamente instruido, que tenderá al autodiagnóstico y a la automedicación, esto posiblemente incluirá no solamente a su persona, sino a los que les rodean, con los riesgos que esto conlleva.

La obtención del CI ha sido un tema muy debatido tanto en la literatura científica o popular, como en las conversaciones sobre el tema en los ámbitos más disímiles, ya fueran más o menos profesionales. Son numerosas las aristas que ello representa, por eso consideramos oportuno iniciar este aspecto con algunas interrogantes, que pudieran

ser comunes en la mentalidad de muchas personas y sobre las cuales tratará este artículo. Primeramente se analizarán algunos aspectos teóricos necesarios para posteriormente brindar respuestas a las preguntas que siguen a continuación y de esta forma expresar nuestras ideas al respecto

¿Cuál es el objetivo supremo de la obtención del CI?

- ¿Para educar a los pacientes y sus familiares, es decir, educar para el consentimiento?
- ¿Para obtener una protección ante una demanda legal y económica de los pacientes y familiares, es decir “*cuidarse las espaldas*”? En una encuesta realizada por los autores en una unidad de salud a trabajadores de diferentes perfiles, que incluía a 101 profesionales y técnicos, se encontró que 77% de los encuestados opinó que el principal objetivo de obtener un consentimiento informado era obtener una protección legal

¿Quién determina o norma cómo debe ser el CI?

- ¿El médico?
- ¿El abogado?
- ¿Los pacientes y sus familiares?
- ¿Todos los anteriores?
- ¿Normado o “*a la carta*”, es decir adecuado a cada enfermo y situación?

¿Cómo obtener el CI?

- ¿Empleando una forma de comunicación “*suave*” o “*cruda*”?
- ¿Correr el riesgo del paternalismo?
- ¿Acercarse al extremo del cero paternalismo, con el objetivo y los riesgos de establecer una relación cliente-médico?

¿Qué desea conocer el paciente?

- ¿Toda la verdad?: En una investigación desarrollada en una unidad de salud de la capital cubana titulada “*La autonomía ante enfermedades malignas ¿un deseo en*

*nuestros días?*, se encontró que 65.6% de los encuestados deseaba conocer el diagnóstico y 59.4% deseaba decidir acerca del tratamiento.

- ¿No conocer la verdad? Y aquí surge otra pregunta: ¿Resulta imprescindible que conozca la verdad, aunque no lo desee?
- ¿Desea el paciente un silencio cómplice?
- ¿Estamos evaluando los deseos del paciente o los de sus familiares?

¿Cuál es la sostenibilidad del CI, que garantiza que fue educado y no simplemente informado?

- Al interrogar al paciente un tiempo después: ¿Qué recuerda de lo que consintió?
- ¿Se interrogará un tiempo después para verificar esto y reactualizar el consentimiento informado si fuera necesario?
- ¿Se obtiene un nuevo CI cuando surgen variantes?

¿En qué documento se obtiene el CI?

- ¿Existirán formularios que garanticen la obtención de un CI de calidad?

¿Qué se hace cuando la urgencia precisa de acciones para las cuales no se ha podido obtener un CI?

- ¿Se espera hasta la obtención de este?

Ante todo, resulta prudente definir las características del contexto donde se obtendrá el CI, que en el caso de la población cubana consideramos es el siguiente:

- Adherencia a los códigos y documentos aprobados internacionalmente
- En el contexto de un país con limitaciones económicas y que tiene una gran necesidad de desarrollo científico para sí y para colaborar con otros países.
- Con una medicina socialista, gratuita y equitativa que se basa en la prevención, es solidaria y altruista.
- Sobre una base multicultural (española, africana, china y en las últimas décadas cada vez más de otros países de Latinoamérica y el Caribe).
- Con diferentes creencias religiosas, un alto grado de sincretismo y un cierto grado de oscurantismo aún presente.

- Una población informada de los problemas de salud pero que necesita ser más educada en estos aspectos.
- Con un personal sanitario que necesita más preparación en la ética médica y de las investigaciones.
- Con una medicina aún con rasgos de paternalismo pero sin mercantilismo.
- Aparentemente con pocos conflictos de intereses, pero se piensa poco en ellos, hay poca experiencia, poco control y escasos reportes.
- Sin una legislación abundante en relación con la ética médica y de las investigaciones, existiendo pocos abogados expertos en el tema.

La comunicación de un diagnóstico muy indeseado, junto a la obtención de un CI para determinada conducta derivada de esta situación, puede constituir un proceso verdaderamente duro y traumático, tanto para el paciente, como para su familia y el personal de atención. Sin desconocer el gran apoyo que nos pueden brindar los especialistas en salud mental en estas situaciones, hay que dejar bien claro que la responsabilidad de este proceso es del médico de asistencia, que no puede limitarse a solicitar una interconsulta con el psicólogo para que este se encargue de la mala noticia, mientras que en otras situaciones, por ejemplo cuando no exista un proceso de duelo bien elaborado, el apoyo de estos últimos, resultaría muy importante.

El profesional que educa para obtener un consentimiento justo y no impuesto o inducido, debe luchar por no ser tendencioso, brindando la información de la forma más meridiana posible. Se cita un ejemplo de dos posibilidades de información, ante un adulto mayor que necesita tratamiento dialítico:

- Si el nefrólogo desea convencer al paciente de la utilidad del tratamiento, le habla de una forma optimista *“mire, hay que colocarle un catéter en una vena profunda, casi nunca existen complicaciones al ponerlo y después no hay que puncionarlo más porque se trabaja con los extremos externos del catéter, además le haremos unas diálisis suaves y verá que cariñosas son nuestras enfermeras”*
- Si el nefrólogo no desea convencer al paciente de la utilidad del tratamiento, le habla de una forma pesimista *“mire, hay que colocarle un catéter en una vena profunda, pueden existir serias complicaciones al ponerlo y después puede que no funcione”*



*bien o favorezca las infecciones y haya que cambiarlo. Por muy suaves que sean las diálisis pueden existir diversas complicaciones y debe acudir tres veces por semana a nuestro servicio”*

La participación de la familia resulta indispensable, sus intereses y motivaciones pueden ser diversos y el profesional debe ser capaz de descubrirlos mediante el diálogo, a manera de ejemplo se reproduce un fragmento de una situación real publicada en el libro *“Riñón y envejecimiento”*, sobre la toma de decisión de dializar o no a un adulto mayor:

*“Los médicos de asistencia decidieron reunirse con varios de sus familiares, para imponerles de la situación y de la necesidad de realizar tratamiento dialítico en un futuro cercano, así como recabar su apoyo al respecto. En la dinámica de la conversación se evidenciaron las diferentes fases por las que pueden transitar las personas ante una situación desfavorable (una pérdida, un duelo, una enfermedad, un problema), algunos de ellos se mostraron algo reacios a entender el estado del paciente, que se observaba tan bien y animado (fase de negación), otros se irritaron un poco culpando al enfermo por actitudes ante su salud en el pasado (fase de irritación o ira), un familiar lloraba desconsoladamente (fase de depresión), otra bastante envejecida dijo que estaba dispuesta a acompañarlo en todo lo necesario (fase de aceptación), pero recibe la réplica de otros familiares que aseguran que "papá no resistirá ese tratamiento tres veces por semana, que primero se suicida, que su corazón es débil" independientemente que el médico le haya dicho que muy probablemente no tuviera ninguna repercusión desfavorable, ni con la realización de la fístula arteriovenosa ni con la diálisis. El consenso final es el único justo en este caso, hacer lo que permita el consentimiento informado del enfermo, este accedió a realizarse el tratamiento dialítico”.*

Habría que ver hasta dónde eran sinceros los que decían *“papá no resistirá ese tratamiento tres veces por semana”*, por la posibilidad de que los que no resistirían ese régimen serían ellos. Siendo justos tampoco puede dejar de destacarse que es una situación muchas veces muy dura para la familia, agravada porque cada vez son más a cuidar y menos para hacerlo junto a las limitaciones económicas, un motivo más de reconocimiento a los cuidadores que muchas veces dedican su vida a estos enfermos, los ejemplos de madres que llevan décadas cuidando a sus hijos son frecuentes y

estremecen nuestra sensibilidad continuamente, los cuidadores merecen todo el apoyo y la admiración posible.

El médico debe tener siempre en cuenta que la obtención del consentimiento en un adulto mayor, para la realización de cualquier proceder invasivo, pudiera estar influido por el sentimiento de que *“ya he vivido suficiente”*, lo que obliga a valorar riesgos-beneficios-posibilidades reales de éxito y no hacerlo *“por cumplir una norma o cubrirse las espaldas”*.

La obtención de un verdadero CI constituye un aspecto ético esencial en toda asistencia médica o investigación. Su finalidad es asegurar que los individuos participen en las acciones propuestas sólo cuando ésta es compatible con sus valores, intereses y preferencias; y lo hacen voluntariamente con el conocimiento necesario y suficiente para decidir con responsabilidad sobre sí mismos. Los requisitos específicos del CI incluyen la provisión de información sobre la finalidad, los riesgos, los beneficios y las alternativas, una debida comprensión del sujeto de esta información y de su propia situación y la toma de una decisión libre y no forzada sobre si permitir o no el tratamiento. El CI se justifica por la necesidad del respeto a las personas y a sus decisiones autónomas. Cada persona tiene un valor intrínseco debido a su capacidad de elegir, modificar y proseguir su propio plan de vida. La presencia de testigos idóneos y el uso de grabaciones son medidas que pudieran complementar o sustituir en ciertos casos al CI obtenido tradicionalmente.

Si el CI no puede ser obtenido por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado y atestiguado formalmente. Si el individuo tiene una relación de dependencia con el profesional actuante, el consentimiento debería ser obtenido por un profesional bien informado que no participe en la investigación. Cuando la persona sea legalmente incapaz, inhábil física o mentalmente de otorgar consentimiento, o fuera un menor de edad, el CI debe obtenerse del representante legal. Estos grupos no deben ser incluidos en las investigaciones científicas a menos que esta sea necesaria para promover la salud de esta población y no pueda ser realizada en personas legalmente capaces. Si una persona, por ejemplo un menor de edad, es capaz de ofrecer su consentimiento, este debe obtenerse además del CI del representante legal.

En investigaciones realizadas por los autores, se encontró que el mayor problema en nuestro medio podría ser que no se garantiza el empoderamiento del sujeto investigado,

ni el logro de un paciente totalmente educado en relación con los procedimientos de los que formará parte.

Existe una etapa previa a la toma de una decisión directamente con el enfermo, en la que de una forma bastante generalizada, se opta por conversar primero con varios de sus familiares, o con el o los líderes de la familia para explorar la mejor forma de conducir la conversación con el paciente, conociendo sus deseos a través de estos y algunos aspectos de su personalidad entre otros datos. Recientemente los autores participaron en uno de estos procesos, en que había que tomar de una forma urgente la decisión de realizar o no un proceder invasivo, en una paciente con una neoplasia muy avanzada, con pocas posibilidades de éxito. Se conversó primeramente con su hija, que aunque estaba al tanto de la situación de su mamá, se mostró muy abatida, lloraba y era incapaz de aportar un criterio sereno. Los médicos de asistencia la ayudaron a expresar sus ideas expresándole que ella tenía las siguientes posibilidades de decisión:

- No aprobar el proceder, que no se le informara nada a su mamá y se permitiera la evolución natural de su enfermedad
- Abstenerse de tomar una decisión, que se le brindara toda la información a su mamá y ella decidiera
- Aprobar el proceder, con dos posibilidades a su vez
  - a) Pero hablar claramente con su mamá y realizar lo que ella consintiera
  - b) O realizar el proceder sin decirle la verdad, o diciéndole parte de la verdad a su mamá y asumiendo la hija toda la responsabilidad

La hija de la enferma seleccionó la opción de aprobar el proceder, hablar claramente con su mamá y que ella decidiera. La paciente brindó su consentimiento y se realizó la medida.

El profesional debe informar de un modo serio, bien fundamentado y responsable, con un lenguaje acorde a la comprensión del sujeto al que se le solicitará su consentimiento, explicarle las alternativas, tener en cuenta sus intereses, sus motivaciones, sus creencias, sus temores, las posibles presiones externas que lo puedan coaccionar, realizando preguntas de retroalimentación y volviendo a explicar todo de nuevo cuantas veces fuera

necesario. Esto debe hacerlo varias veces durante el tiempo que demore el proceso interactivo médico-paciente, como una reactivación de la "vacuna" de los conocimientos, además le permitirá actualizar al sujeto en cómo van los estudios diagnósticos y la evolución y en algunos aspectos nuevos que puedan haber surgido. Debe constituir un diálogo abierto en ambas direcciones, por la importancia de este diálogo activo incluso se ha considerado como un requisito básico para que un proceso clínico sea evaluado como ético.

Con la avalancha de información que existe en la actualidad y al acceso masivo a esta, resulta frecuente la auto instrucción de pacientes y familiares, que puede ser tanto de ayuda como también puede dañar el proceso de decisión y adherencia al tratamiento, si no se emplea correctamente.

El profesional no debe utilizar el poder que muchas veces tiene sobre el sujeto y arrancarle por decirlo de alguna forma, una aprobación apresurada que el paciente no entiende pero "*confío en usted, que es el que estudió y es el que sabe lo que resulta mejor para mí*". Pueden confeccionarse diversos modelos de CI para cumplir un requisito, de hecho existen numerosos documentos, unos más explícitos y otros meramente formales, cuya brevedad resulta llamativa. Por bien redactado que pueda estar un modelo, no garantiza que se obtenga un CI correcto.

El diálogo resulta muy importante, el objeto de la atención médica o la investigación es un sujeto interactivo, motivado e intencional, quien asume una posición frente a las tareas que enfrenta. Por esa razón, no se puede ignorar que es un proceso de comunicación entre el paciente, su familia y el equipo de salud, es un diálogo que toma diferentes formas. Las personas comparan los riesgos y los beneficios por si mismas para decidir si uno excede al otro, este aspecto debe desarrollarse como un criterio más de empoderamiento.

Los autores encontraron en otras investigaciones realizadas, algunas expresiones que pueden causar malestar incluso iatrogenia y que pueden ser sustituidas por otras frases que expresen similar información, el idioma español es muy rico y nos brinda estas posibilidades. Parafraseando una ingeniosa y aguda frase que le oímos hace años a una figura pública, pudiéramos decir que "*la ética no está reñida con el diccionario*": Por ejemplo sustituir la frase "*hasta que mi enfermedad empeore*" por "*si mi enfermedad*

*empeorara*". ("Cuando el mal no tiene cura se le debe untar de alguna esperanza"). Otra frase, en una determinada investigación, fue: "Si formo parte de los primeros x pacientes a los que "solo" se les indicó tal tratamiento". Ese "solo" puede producir un sentimiento de insatisfacción, inseguridad y aislamiento. Además puede inducir sesgo al predisponer al enfermo a brindar un resultado determinado. Otra frase era aun más negativa por lo pesimista: Si en tal momento "*continúo*" vivo" y "*hasta la progresión de mi enfermedad*" (se trataba de una enfermedad maligna), por ejemplo se podría haber dicho mejor: "*Si mi enfermedad progresara*".

Otro aspecto que se considera conveniente señalar es el derecho ético y legal de un paciente a solicitar una segunda opinión antes de otorgar su CI y a su vez el no derecho del primer profesional a ofenderse por ello (como respeto a la autonomía del paciente, rasgo de modestia y expresión de seguridad en su calificación y trabajo profesional).

En sentido general y también válido para la asistencia médica directa, parece ser que en algunos lugares pudiera existir una tendencia a obtener varios CI sobre el mismo tema, incluso algunas instituciones tienen confeccionados numerosos formularios que corresponden a un CI para cada uno de innumerables procederes, a los autores les asalta una preocupación *¿Qué hacer cuando durante la práctica médica diaria, se indican muchas medidas? ¿Obtener un CI para cada una de ellas? ¿Y la demora no produciría una mayor maleficencia?* La respuesta pudiera ser que deba salvaguardarse el que se mantenga y se cuide la existencia de una confianza razonable en el médico, con medidas educativas y de control para evitar que se cometan errores que la dañen, sin que ello niegue la necesidad de obtener el CI necesario pero sin llegar a excesos, esta sería la forma adecuada para el contexto de la medicina cubana, que no debe situarse ni en el extremo paternalista ni mucho menos en el extremo mercantilista.

Debemos meditar al respecto que mientras que el paciente no esté totalmente educado, y eso no depende solo de una conversación con su médico de asistencia, entre otras cosas se necesita nivel cultural para entender plenamente, seguirá siendo objeto y no sujeto, mientras tanto, los integrantes del equipo de salud, que serán en esos momentos los mejor capacitados y ojalá bien formados éticamente, tendrán que asumir la protección ética paternalista. En la medida en que el paciente de objeto pase a sujeto (es un proceso y no un evento limitado a obtener un impreso relleno con un "*buen consentimiento*

*informado*”), irá desapareciendo el paternalismo. Pensamos que esta situación es bastante común en todos los países, independientemente de su nivel de desarrollo y será por supuesto mucho más grave en los más pobres. Tampoco creemos que la relación médico-cliente-abogado sea la solución. Los países “*cultos*” no tienen derecho para cuestionar la ética de los “*incultos*”, cuando lo que deberían es combatir la causa de su incultura, por ejemplo en las antaño llamadas “*repúblicas bananeras*”. En sentido general un pobre no tiene condiciones para ejercer su autonomía, como tampoco la tiene un rico ignorante, timado muchas veces por sus médicos para extraerle la mayor cantidad posible de dinero.

Se debe tener presente que el paciente bien educado constituye un control de calidad que contribuye a suplir las insuficiencias de los servicios de salud cuando existieran, por ejemplo un paciente que recibe hemodiálisis debe conocer al detalle todos los aspectos técnicos del proceder y esto podría suplir muchas de las posibles insuficiencias en su atención, de lo cual dan fe los autores.

Como la bioética se está convirtiendo en un idioma universal, sus conceptos deben llegar a toda la población y no solamente al sujeto en el momento de solicitar su CI para un proceso salud-enfermedad o una investigación, eso ayudaría a empoderar verdaderamente a estos y que verdaderamente pasen de la situación de objetos a sujetos activos, de un consentimiento “*informado*” a uno “*educado*”. Que no solamente comprendan los beneficios de una investigación o de una acción terapéutica, sino que estén alertas cuando se viole algún principio ético. Se debe aspirar a lograr una educación efectiva de los alumnos, de todos los profesionales, los enfermos, la familia y la población en general, aprovechando el trabajo del equipo del médico de la familia en el barrio y los diferentes medios de comunicación.

### **Arribar a un consenso colegiado**

El momento en que se toma una decisión lo consideramos crucial. Sería un consenso colegiado cuya base estaría formada por la obtención de un consentimiento educado del paciente y su familia y por una convicción teórico-práctica de todo el equipo de salud que atiende a ese enfermo. Para ello recomendamos los siguientes pasos y tomaremos como ejemplo la situación clínica y problemática que inició este artículo, un paciente con una neoplasia y necesidades dialíticas:

1. Definir que se trata de un paciente en el estadio final de su enfermedad neoplásica (si no fuera un cáncer, de otra enfermedad irreductible con un pronóstico letal a muy corto plazo), de lo contrario no procede ninguna limitación, o mejor dicho adecuación de recursos terapéuticos
2. CI acorde a los deseos del paciente (será más concluyente o definitivo cuando se niega a dializarse, si deseara este tratamiento, el colectivo médico valoraría con el enfermo los riesgos-beneficios para no hacer maleficencia)
3. CI acorde a los deseos de la familia (será más concluyente o definitivo cuando no desean dializar a su paciente sino hay contradicción con los deseos de este, si la familia deseara este tratamiento, el colectivo médico valoraría con la esta los riesgos-beneficios para no hacer maleficencia)
4. Criterios del colectivo médico en relación con la posibilidad de mejorar la calidad de vida percibida del paciente
5. Criterios del colectivo médico en relación al tiempo del que se podría prolongar la vida con calidad percibida por el paciente

De acuerdo a estos cinco aspectos se arribaría a la decisión final por consenso colegiado del colectivo médico y se plasmaría en la historia clínica.

La discusión científica del colectivo médico debe realizarse en el marco del mayor respeto, sin apresuramientos, invitando a expertos de otras especialidades si fuera preciso, incluso a la Comisión de Ética Médica de la unidad cuando no se pudiera arribar a un consenso. Esta reunión pudiera repetirse cuantas veces fuera necesaria si existieran nuevos elementos o preocupaciones.

El Dr. C Eduardo Fermín Hernández en su tesis doctoral, se refirió a controversias en el diagnóstico de la muerte y tomando este ejemplo podemos afirmar que en las situaciones difíciles siempre existirá un cierto grado de incertidumbre. El buen juicio clínico tiene un valor muy importante. La experiencia, los conocimientos y los principios éticos de los equipos de salud junto al conocimiento ético y la cultura general de la población ayudarán en estos difíciles procesos que en la misma medida en que se desarrollen, los resultados deben ser mejores sin que puedan existir recetas preconcebidas. Si aplicamos aspectos de jurisprudencia pudiéramos hacer un símil con el derecho precedente: Los resultados

de un juicio marcan nuevas ideas jurídicas, o como dice el Profesor Calviño, amigo e ilustre psicólogo cubano: *“En tiempos de incertidumbre, la anécdota adquiere valor de evidencia”*. Debemos estar preparados para que surjan nuevos problemas porque como también repite este profesor: *“Nada está tan malo que no se pueda poner peor”* y el siempre recordado profesor del servicio social de uno de los autores, tan buena persona como profesional, el Dr. Antonio Eligio Paula Molina, cuando al plantearle una complicación o un problema decía: *“Ojalá que venga solo”*.

En resumen la necesidad de tomar decisiones médicas difíciles se presentarán cada vez más frecuente en pacientes que en tiempos de menor desarrollo morían anticipadamente, son pacientes *“rescatados”* que conllevan una complejidad creciente por la elevada asociación de otras enfermedades, síntomas y complicaciones. Los enfermos con cáncer y los adultos mayores constituyen dos ejemplos de esta nueva situación. En este artículo se propone una metodología del proceso decisor, compuesta por tres elementos fundamentales, que son la necesidad de tener definiciones conceptuales lo más precisas posibles ante cada situación, lograr un consentimiento educado del paciente y su familia, todo lo que permitirá arribar a la decisión mediante un consenso colegiado de todo el equipo de salud (no debe excluirse nunca al personal de enfermería), junto a la opinión del enfermo y su familia.



## El paciente en la etapa final de su vida. Una aproximación ética, lógica y práctica

*En una sala de medicina interna se encuentra ingresado un paciente de 85 años, con una neoplasia de pulmón y metástasis en diferentes órganos, además es diabético, hipertenso, ha tenido varios accidentes vasculares encefálicos así como un infarto del miocardio. Su situación oncológica se ha mostrado refractaria a cualquier tratamiento, está postrado, con disnea mantenida, prácticamente no ingiere alimentos y los dolores torácicos se hacen insoportables pese a diferentes tratamientos analgésicos incluyendo opiáceos. Tiene un colectivo familiar reducido con muestras de agotamiento, pero que tampoco ha cooperado de una forma similar en sus cuidados, descansando la mayor parte de estos en una sola de sus hijas. Pese a todo, el enfermo se mantiene consciente y clama porque termine su "agonía", según sus propias palabras. El colectivo médico y los familiares se debaten en torno a cuál sería la conducta correcta en este caso.*

### **Introducción**

Desafortunadamente situaciones como la anteriormente citada, se presentan a diario y cada vez en un mayor número de casos en cualquier nivel de atención, se agrava este problema por el envejecimiento poblacional, lo que hace necesario una mayor cantidad de cuidadores que a su vez contrasta con un cada vez menor número de integrantes de la familia producido por la disminución de la natalidad y el aumento de las emigraciones.

La formación ética de todas las personas imbricadas en este proceso, resulta indispensable. Se debe tener presente que la ética se enseña y construye con el ejemplo, la experiencia, la práctica y las discusiones grupales con amplios sectores. Meditando, aumentando la cultura general, creando interrogantes, conociendo anécdotas y consultando críticamente la literatura especializada. Se subraya este aspecto porque si bien resulta imprescindible la actualización teórica y el estado del arte en el mundo, en cada país y en cada región la ética tiene características propias, lo que hace necesario el hecho de que cada cual escriba sus experiencias.

### **Desarrollo**

Existen varias interrogantes en la actuación médica en estos casos:

¿Se encuentra el paciente en la etapa final de su vida realmente?

Para definir este aspecto pudieran emplearse cinco criterios los que también se analizan en el tópico de decisiones médicas difíciles, estos son:

- 1) Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable
- 2) Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico
- 3) Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes
- 4) Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, relacionado con la presencia explícita o no de la muerte
- 5) Pronóstico de vida inferior a seis meses

Una segunda interrogante sería:

¿Dónde nos situamos y que acciones realizaremos para lograr una "*muerte digna*"?

Se llama la atención sobre el concepto de "*muerte digna*". Evidentemente, a partir de aspectos comunes y generales, esta resulta personalizada y es deber de los equipos de atención tratar de establecer cuál es el concepto que tiene su paciente y su familia. Por ejemplo, para unas personas con arraigadas ideas religiosas, digno puede ser morir rodeados de sus hermanos de credo, mientras que para otras que han tenido una vida disipada podría ser disfrutando de los placeres mundanos que más les satisficieran, para otras pudiera ser morir con una atención paliativa y otras preferirían recibir el máximo de los recursos tecnológicos aunque se consideraran fútiles.

En su interesante y provocador libro titulado "*La ridícula idea de no volver a verte*", Rosa Montero refleja una frase de una nonagenaria que dijo: "*la pena es pura y sagrada*", la autora le agregó: "*cierto, la pena es pura y sagrada y hasta en la muerte puede haber belleza, si sabemos vivirla*".

Establecida la idea de que la "*muerte digna*", es personalizada y que no puede establecerse un concepto único, cabe precisar dónde nos situamos ante los hechos relacionados con el proceso de la muerte.

En una escala de actuación médica pudiéramos señalar que en un extremo estaría el ensañamiento terapéutico y en el otro extremo el homicidio doloso. Ambos muy negativos, entre ellos se distribuirían diferentes conductas, que se señalan a continuación:

Escala de actuación médica ante un paciente en la etapa final de su vida:

1. Ensañamiento terapéutico
2. Interferir en los deseos del paciente al desear que una enfermedad siga su curso natural
3. No interferir en sus deseos
4. No insistir suficiente para que no rechace o abandone tratamientos vitales o influir para que lo haga
5. Resultado de un tratamiento, por ejemplo el alivio del dolor ("*dormirlo de una forma ininterrumpida*" )
6. Limitación de esfuerzos y de recursos terapéuticos (o mejor dicho adecuación del esfuerzo terapéutico) con o sin consentimiento informado (CI) de pacientes y familiares
7. Efectuar o no efectuar medidas de reanimación ante una parada cardio-respiratoria
8. Eutanasia pasiva
9. Conocer que el paciente está planeando su suicidio y no interferir
10. Suicidio asistido
11. Eutanasia activa
12. Cacotanasia (muerte impuesta sin obtener un CI)
13. Homicidio culposo (sin intención de matar)
14. Homicidio doloso (intención de matar)

En este artículo se hará hincapié mayormente en el ensañamiento terapéutico y en la eutanasia, el resto de los aspectos anteriormente citados se explican por si solos y su

evaluación se deja a la opinión y lectura de otros textos por el lector si así lo considerara, porque la amplia variedad de detalles harían muy extenso el artículo, lo que escapa de los objetivos de este.

### **Ensañamiento terapéutico o distanasia**

Resulta oportuno señalar que ni en el Reglamento General de Hospitales, la Resolución ministerial 9/1/2007 ni en la Ley 41 de la Salud Pública ni en el Código Penal de Cuba, aparece tipificada esta conducta, algo que los autores consideran que resulta necesario, a partir del hecho de considerarla inapropiada, porque contribuye a prolongar la agonía, produce falsas esperanzas sin un fundamento científico y económicamente se malgastan valiosos recursos que pudieran ser utilizados en otros pacientes con un pronóstico de recuperación.

Se aclara que no estamos hablando de medidas paliativas, de alivio del dolor y de otros síntomas, de la hidratación u otros recursos conservadores sino de tratamientos fútiles, que se sabe no van a producir ningún beneficio pero se instauran por complacencia o por "cuidarse las espaldas" entre otras posibles razones. El profesional pudiera oír la frase, pronunciada generalmente por la familia aunque puede ser un deseo del enfermo: "*Luche mientras haya vida*", lo que lo colocará en un conflicto importante a la hora de decidir la conducta correcta.

Los niños constituyen un grupo especial, en el que se pone a prueba la sensibilidad del equipo de atención. Es muy probable que la niña o el niño sufran desconsoladamente ante cada medida que sabemos será ineficaz, que incluso clamen porque no se les prolongue el sufrimiento, pero los padres insisten en que se continúen todas las acciones y se apoyan en cualquier recurso, incluyendo medidas no científicas o empíricas, que les brinden alguna esperanza en su terrible situación, esta última también es muy socorrida en los adultos.

La existencia de casos anecdóticos con una evolución no esperada, hacen imposible una estandarización o una conducta única ante cada paciente y una vez más hace necesaria la personalización del tratamiento.

Las razones por las cuales se puede cometer un abuso tecnológico en estos pacientes, por denominarlo de alguna forma, publicado por Parada Barroso y col, serían por el:

- Noble deseo de ayudar
- Afán de lucro
- La reafirmación del facultativo en su entorno académico y hospitalario
- El placer de aplicar un nuevo conocimiento

A estas alturas podemos señalarle al lector que resulta posible que haya observado o incluso cometido ensañamiento terapéutico en algún momento, y le preguntamos, dejándole la respuesta a su discreción:

- *¿Ha realizado alguna acción cuando lo ha observado?*
- Si lo hubiera cometido *¿Produjo alguna reacción?*

En Cuba tampoco está establecida la obtención del consentimiento anticipado o documento de voluntad anticipada, es decir, en los lugares donde si está legislado, la persona previamente decide y así lo hace constar en un documento de valor legal, cuáles son las acciones de salud que desearía si estuviera en una situación final de su vida, por ejemplo autorizar o no las medidas de reanimación si sufre una parada cardiaca o prolongar la vida dependiente de recursos artificiales, como un ventilador artificial y las hemodiálisis, o manifiesten claramente su negativa al personal de la salud de someterse a tratamientos médicos que prolonguen innecesariamente su vida y ratifican sus derechos para tener una muerte digna.

La obtención del consentimiento anticipado se ha realizado en relación con el deseo de las personas de donar o no sus órganos en los momentos finales, pero inclusive en el primer caso siempre se solicita la autorización de la familia antes de extraer los órganos. Independientemente de los deseos del donante, si la familia no está de acuerdo, se interrumpe el proceso de donación.

El destacado psiquiatra español, que además fue escritor, pintor naif y encuadernador, plasmó su biografía en el libro titulado *"La puerta de la esperanza"* al diagnosticársele un cáncer de páncreas en estadio final, en este recoge la experiencia del proceso de su muerte y no deja de constituir una lección de cómo enfrentar con dignidad la etapa final de

la vida, él dijo, ante la posibilidad de realizar medidas terapéuticas más agresivas: *“Al hospital uno va a salvarse, no a morirse”*

Las posibilidades de cometer ensañamiento terapéutico en el enfermo que se encuentra en la etapa final de su vida son muy amplias, debe tenerse en cuenta que:

- Las falsas esperanzas constituyen un maltrato a los pacientes y a sus familiares
- Provocar el dolor o prolongarlo, o realizar procedimientos invasivos, constituye un maltrato injustificado a los pacientes
- Se produce un gasto innecesario de recursos, afectando a otros enfermos que pudieran beneficiarse de estos
- Ningún profesional está obligado a realizar una conducta fútil, ni ética ni legalmente. Es decir, que si considera que las medidas terapéuticas que se emplearían en un paciente que no estuviera en su etapa final, son inútiles en el paciente que está finalizando su vida, nadie puede obligarlo a emplearlas por complacencia. En este caso no se incluyen una serie de medidas paliativas como por ejemplo, la administración de analgésicos, sedantes, oxígeno suplementario, alimentación por sonda nasogástrica y los cuidados en cama del paciente postrado. Para las conductas terapéuticas extremas, como por ejemplo, la realización de un trasplante de pulmón en un paciente con numerosas metástasis pulmonares o de un trasplante de corazón o riñón en un paciente con contraindicaciones absolutas para realizarlos, no existen dificultades para tomar una decisión. La vacilación se produciría con otras medidas intermedias, como por ejemplo los métodos dialíticos u otras, las decisiones se obtendrían por consenso en el colectivo médico de atención.
- No avizoramos que de una forma cercana puedan existir normativas al detalle para la conducta a tomar en cada caso, por la heterogeneidad de las situaciones.
- Los profesionales deben conocer y en ningún momento violar el reglamento hospitalario

### **Adecuación del esfuerzo terapéutico**

La limitación de esfuerzos y recursos terapéuticos, consideramos más apropiada la frase “*adecuación del esfuerzo terapéutico*”, constituye la alternativa humana y científica tanto al ensañamiento terapéutico como a la eutanasia, por supuesto contando con la aprobación de la familia y también de ser posible del paciente. Se ha definido como la decisión sobre la no implementación o la retirada de las terapéuticas médicas al anticipar que no conllevarán un beneficio al paciente, otros lo han llamado limitación de soporte vital. En todo caso se trata de adecuar el esfuerzo terapéutico a las condiciones actuales del enfermo, repetimos, todo ello sobre una profunda base científica y humana.

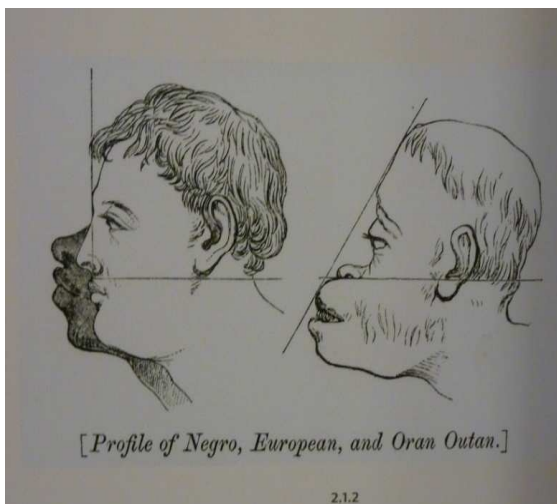
### **La eutanasia**

Collado Madurga y col, citan en una publicación que la palabra eutanasia la empleó por primera vez Francisco Bacon en el siglo XVII. Proviene del griego eu (bien) y thanatos (muerte) y significa buena muerte, muerte apacible, sin sufrimientos; trae implícito el hecho de que se tome una conducta con el fin de lograr la muerte para evitar que continúe el sufrimiento, por piedad, sin intereses mezquinos o económicos. En general, eutanasia significa el hecho de provocar una muerte fácil y sin dolores a un paciente que está próximo a morir por causa de una enfermedad terminal. En la actualidad se entiende generalmente por “*eutanasia*” la procura de una buena muerte, “*un asesinato piadoso*”, en el que una persona pone fin a la vida de otra, por el bien de esta. Esta noción de eutanasia destaca dos rasgos importantes de este acto. En primer lugar, que la eutanasia supone acabar deliberadamente con la vida de una persona y en segundo lugar, que esto se lleva a efecto por el bien de la persona porque padece una enfermedad incurable o terminal. Esto distingue a la eutanasia de la mayoría de las demás formas de quitar la vida.

Juan Pablo II, en su encíclica “*El Evangelio de la Vida*” define la eutanasia como: “*adueñarse de la muerte*”, procurándola de un modo anticipado y poniendo así fin “*dulcemente*” a la propia vida o a la de otro. Y se considera esto como una “*cultura de la muerte*” que se ve en las sociedades del bienestar, lo que va en contra de los ancianos y los más débiles, donde una vida inhábil no tendría ya valor alguno.

El término eutanasia no existe en el código penal de la mayoría de los países, pero existe en el mundo desde hace muchos años. El nazismo la oficializó y por su causa dejó miles

de horribles crímenes para la historia. Por ejemplo crearon una pseudociencia, la eugenesia e higiene racial, sustentado las bases en el Darwinismo social. Este consistía en la aplicación de las leyes biológicas de la herencia al perfeccionamiento de la especie humana. Planteaban que existían razas inferiores y sujetos con apariencia humana, pero que no lo eran, donde incluían a los enfermos, a los gitanos, a los judíos, a los negros y a los eslavos. En la figura se observa como comparaban los perfiles de un hombre negro, un europeo y un mono orangután. (Foto tomada de los sitios [http://medicinayholocausto.blogspot.com/los\\_juicios-de-Nuremberg-contra\\_y\\_de\\_Medicina\\_en\\_la\\_era\\_nazi](http://medicinayholocausto.blogspot.com/los_juicios-de-Nuremberg-contra_y_de_Medicina_en_la_era_nazi): <http://www.yadvashem.org>)



Alfred Rosenberg, el principal encargado de la educación ideológica del estado nazi planteaba:

*“Estamos convencidos de que las leyes eternas de la naturaleza son apropiadas para la conservación de los sanos y no de los enfermos y que la intención de alimentar a un enfermo a cuenta de un sano va en contra de todas las leyes de la naturaleza, y del sentir moral alemán. El crecimiento salvaje del número de enfermos mentales y de idiotas es el resultado de la selección antinatural y de un humanismo equivocado”*

Como se expresó anteriormente, aunque la eutanasia está prohibida en la mayor parte del mundo y constituye un delito tipificado como homicidio para el profesional que directa o indirectamente la practique, en la mentalidad de muchos profesionales y alumnos podrían haber ideas dispares al respecto, en una investigación realizada por Nava Preciado en



México entre estudiantes (los futuros profesionales), se encontró que la totalidad de estos, pertenecientes a las 10 escuelas preparatorias preuniversitarias donde se efectuó el estudio, estuvieron de acuerdo con la eutanasia con diferentes variantes.

La 44ª Asamblea Médica Mundial declaró que el suicidio asistido y la eutanasia deben ser condenados, pero reconoce el derecho básico del paciente a rechazar el tratamiento y que el médico no actúa en forma no ética aun si, al respetar ese deseo, resultara de ello la muerte del enfermo.

Los autores del presente artículo realizaron una encuesta en un hospital de la Habana a médicos, a enfermeras y enfermeros asistentes a un taller nacional de nefrología y a alumnos de tercer año de medicina. La interrogante en cuestión era:

*¿ESTÁ USTED DE ACUERDO CON LA EUTANASIA?*

*Y las posibles respuestas fueron:*

1. *Si*
2. *Sí, pero*
3. *No, pero*
4. *No*
5. *No sé lo que es*
6. *No tengo criterios*

Las tres primeras posibles respuestas (si, si pero, no pero) las agrupamos en un sub-total porque consideramos que todos estaban en mayor o menor grado de acuerdo con la eutanasia.

En los médicos encuestados se obtuvieron los siguientes resultados:

	#	%
<b>Si</b>	<b>13</b>	<b>35</b>
<b>Sí, pero</b>	<b>13</b>	<b>35</b>
<b>No, pero</b>	<b>2</b>	<b>5</b>
<b>Subtotal</b>	<b>28</b>	<b><u>76</u></b>
<b>No</b>	<b>7</b>	<b><u>19</u></b>
<b>No sé lo que es</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
<b>No tengo criterios</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

Es decir 76% apoyaban la realización de la eutanasia con diferentes matices. Llama la atención que un profesional médico expresó que no sabía lo que era eutanasia y otro no tenía criterios al respecto.

En la encuesta realizada entre las enfermeras y enfermeros se encontraron los siguientes resultados:

	#	%
<b>Si</b>	<b>8</b>	<b>24</b>
<b>Sí, pero</b>	<b>11</b>	<b>33</b>
<b>No, pero</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Subtotal</b>	<b>19</b>	<b><u>57.5</u></b>
<b>No</b>	<b>14</b>	<b><u>42</u></b>
<b>No sé lo que es</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>No tengo criterios</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

El porcentaje de personas que apoyaban la eutanasia disminuyó a 57.5%

En los estudiantes de tercer año de medicina (futuros profesionales en solo tres años) se encontró lo siguiente:

	#	%
<b>Si</b>	<b>11</b>	<b>47.8</b>
<b>Sí, pero</b>	<b>9</b>	<b>39</b>
<b>No, pero</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Subtotal</b>	<b>20</b>	<b><u>86.9</u></b>
<b>No</b>	<b>3</b>	<b><u>13</u></b>
<b>No sé lo que es</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>No tengo criterios</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

Se destaca que aumentó el porcentaje de aprobación a 86.9%, el mayor de los tres grupos, pero inferior al 100% de los alumnos mexicanos señalados anteriormente. Estos a su vez eran los más jóvenes entre los cuatro grupos citados.

Sin menospreciar los sesgos y las limitaciones que tienen este tipo de encuestas sencillas, resaltan algunos datos interesantes como es el hecho de que los más jóvenes apoyan más la realización de la eutanasia y las personas que menos están de acuerdo son las enfermeras y enfermeros de nefrología, dato muy interesante, ya que posiblemente pertenecen al personal de enfermería que más experiencia tiene en trabajar con pacientes en la etapa final de su vida, pero con la particularidad de que ya han establecido lazos afectivos dados por los largos años de sesiones de diálisis tres veces por semana, enfermos a los cuales ven más a menudo que a muchos de los integrantes de su propia familia. Este porcentaje de desacuerdo posiblemente sea un reflejo de la alta sensibilidad humana de las enfermeras y enfermeros nefrológicos: *¡Cuando pudieran estar agotados de luchar contra lo muchas veces irremediable, aún consideran que pueden hacer más por sus pacientes!*

El estudio Remmelink, realizado en Holanda, uno de los primeros países en despenalizar al médico que practicara la eutanasia, reveló que en más de mil ocasiones este admitió haber causado o acelerado la muerte del paciente sin que el enfermo lo pidiera y motivado por razones variadas, desde la imposibilidad de tratar el dolor, la falta de calidad de vida o porque tardara en morir. El hecho de que los más jóvenes estén de acuerdo en un mayor porcentaje, habla de la necesidad de discutir la conveniencia o no de una ley al respecto para legalizar la eutanasia, porque en un futuro cercano serán los profesionales que atenderán a muchos pacientes en la etapa final. Mientras tanto resulta imprescindible la correcta formación ética y la vigilancia permanente al respecto, para evitar que pueda efectuarse eutanasia de una forma solapada.

En este proceso de discusión, de crear mentalidades que puedan arribar a conclusiones justas, creemos resulta oportuno formular un grupo de interrogantes, cuyo análisis pudiera ser de alguna ayuda:

1. ¿Necesidad de legalizar la eutanasia o necesidad de mejorar los cuidados paliativos a los pacientes en la etapa final de su vida?
2. ¿Necesidad de legalizar la eutanasia o de disminuir las limitaciones económicas o de recursos?
3. ¿Necesidad de legalizar la eutanasia o es que está agotado el insuficiente número de cuidadores? Los cuidadores de estos pacientes sufren y realizan un esfuerzo extraordinario y deben recibir todo el reconocimiento y consideración. Debido al envejecimiento poblacional, las migraciones y la pérdida de valores en parte de la población, hacen que el esfuerzo se recargue muchas veces solamente en una o dos personas de la familia.
4. ¿Necesidad de legalizar la eutanasia o necesidad de lograr que exista menos soledad, más empatía y solidaridad con estos enfermos?

La respuesta a cada una de estas cuatro preguntas debe estar siempre presente antes que brindemos nuestro voto a favor de la eutanasia, si algún día nos lo solicitan y así lo consideramos.

En otro artículo se plantearon diversas interrogantes, que por ser comunes cuando tratamos un paciente en su etapa final las reproducimos y que recomendamos sean meditadas por los integrantes de los equipos de salud, entre muchas otras que puedan surgir:

1. ¿Estamos seguros de que estamos ante un paciente en estadio final, basados en parámetros inobjetables y con consenso de todo el equipo de atención?
2. ¿Qué calidad tendrá el consentimiento obtenido, será educado o superficialmente informado?
3. ¿Qué participación tendrá la familia en la obtención del consentimiento?
4. ¿Cuáles son los objetivos a lograr con la conducta que se trazará?
5. ¿Será la calidad de vida que aspiramos lograr la que desea percibir nuestro paciente?

6. ¿Cuál sería el pronóstico? ¿Cuánto lograríamos alargar la vida de ese enfermo con la calidad de vida que él desea?
7. ¿Hacer más, hacer menos o hacer lo que corresponde?
8. ¿Cómo definimos estos tres parámetros anteriormente citados: más, menos o lo que corresponde?
9. ¿Iniciar conductas y reevaluar?
10. ¿Detener conductas que no ofrezcan los resultados esperados aunque eso signifique acortar la vida?
11. ¿No estaremos realizando ensañamiento terapéutico?
12. ¿No estaremos realizando o dejando de realizar acciones que puedan constituir eutanasia?
13. ¿Resultará necesario en el proceso de decisión “*comprar tiempo*” por diversas razones?

Muchas veces resulta una tarea angustiosa para sus protagonistas el determinar la conducta médica más correcta ante casos difíciles, máxime en los casos cuando aún no tengan una gran experiencia. Ahora nos preguntamos: ¿Quién determina o norma cómo debe ser la actuación médica?

1. ¿El médico?
2. ¿El abogado?
3. ¿Los pacientes y sus familiares?
4. ¿Todos los anteriores?
5. ¿Normado o “*a la carta*”, es decir adecuado a cada enfermo y situación?
6. ¿Una comisión? ¿Y quién asegura que es la correcta?

Atendiendo a las interrogantes anteriores, los autores recomiendan tres pasos en el proceso de tomar una decisión difícil, en los que se ahonda en otra arte de este libro:

1. Tener definiciones conceptuales y diagnósticas lo más precisas posibles ante cada situación
2. Lograr un consentimiento educado del paciente y de su familia
3. Arribar a un consenso colegiado

### **Participación de los juristas en las acciones de salud**

La participación activa y creciente de los juristas en las acciones de salud, representa un aspecto importante en la atención a estos enfermos, proceso muy sensible, en el cual se pueden producir diversas situaciones conflictivas en las complejas relaciones del trinomio trabajadores de la salud-pacientes-familia.

El Reglamento para la dación y trasplante de órganos y tejidos en donantes vivos, publicado el 17 de septiembre de 2015 en la Gaceta Oficial de la República de Cuba, constituye una de las primeras interrelaciones no derivadas de violaciones de la asistencia médica, entre los juristas y los profesionales de la salud para actividades de la práctica diaria.

Virchow expresó que: *“Los médicos son los abogados naturales de los pobres, y los problemas sociales caen en gran medida, dentro de su jurisdicción”*.

Los autores del presente artículo planteamos en una publicación en el año 2013, que: *“Dos extremos de la práctica médica pudieran ser la medicina paternalista, donde toda la autoridad se la atribuya el médico y el paciente es un ente pasivo sobreprotegido y el otro extremo donde la relación no es médico- paciente sino médico-cliente y en esta situación son cada vez más necesarios los abogados. La práctica médica pensando en la demanda, no nos puede producir un médico actuando por "cubrirse las espaldas", indicando numerosos y costosos exámenes complementarios, para que exista una "evidencia", subestimando el gran valor del método clínico. Ni transitar de un abogado mediando un conflicto de intereses a un abogado con interés en el conflicto”*.

Por otra parte nos preguntamos en la referida publicación

- *¿Quién controlaría la ética del abogado en las instituciones de salud?*
- *¿Podrían ser también las comisiones de ética de esas instituciones?*

Y nos pronunciamos en relación con este tema:

*“Debe valorarse la ampliación y mayor detalle de las leyes que existen al respecto, como por ejemplo las contenidas en Deontología y Bioética del ejercicio de la Psicología en Colombia donde existe un capítulo con ocho artículos referidos a la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones, otros acápite se refieren al consentimiento informado, el respeto a la dignidad y en general numerosas cuestiones referentes a las investigaciones y a la ética profesional”.*

En resumen se pudiera plantear en relación con la conducta ante un paciente en la etapa final de su vida, que:

- En estos momentos existen más interrogantes que certezas
- La etapa final de la vida de un paciente hace que se presenten diversas situaciones que van mucho más allá de legalizar o no la realización de la eutanasia
- La heterogeneidad hace necesaria una valoración profundamente ética, lógica y práctica en cada caso en particular
- No todo lo técnicamente posible resulta ético
- No debe despreciarse la participación de los comités de ética y de los juristas en determinados casos
- La solución más favorable nos parece ser la formación ética de todo el personal de la salud, el trabajo exitoso de las comisiones de ética médica y de ética de las investigaciones y el apoyo permanente de los legistas en la educación y prevención.
- Aún falta mucho estudio, meditación, definiciones teóricas, investigaciones y discusiones grupales con la participación de la mayor amplitud de sectores posibles, que es la oportunidad en la cual los criterios extremos se amoldan a la mayoría de los criterios del grupo y se pueden arribar a consensos verdaderamente



justos, humanos y científicos, que puedan servir de bases para poder legislar al respecto, algo que no avizoramos que pueda producirse de una forma cercana.

## “Duelos, sexualidades, parejas y ética. De lo establecido a lo real”

*La siguiente situación, tomada de la vida real, fue plasmada en el libro “Riñón y envejecimiento” de uno de los autores y pensamos que, intercalándole algunas ideas, también pudiera servir de la introducción de este artículo:*

*Un nefrólogo visitó un hogar de ancianos para Inter consultar a un adulto mayor, que en un chequeo le detectaron una elevación de las cifras de creatinina plasmática. En el traslado hacia la institución, el médico meditaba en cómo sería la evolución de este paciente en un método dialítico si llegara a necesitarlo, recordaba algunos pacientes anteriores, incluso más jóvenes, más fuertes y aptos físicamente, pero que desgraciadamente quedaron sin apoyo familiar cuando se inició el tratamiento dialítico (tuvieron que enfrentar solos el proceso de duelo) y evolucionaron muy mal, en contraste con la evolución favorable de otro ancianito pequeño y delgado, con diferentes enfermedades pero con muchos familiares, amigos, vecinos y excompañeros de trabajo pendientes de su persona. Particularmente recordaba a su también anciana esposa (¡cuán importante resulta que se mantenga la pareja!, agregaríamos ahora) pidiendo autorización para traerle la taza de café que prefería durante la diálisis, este paciente estuvo varios años en métodos dialíticos, sin presentar grandes complicaciones ni ingresos hospitalarios. Continuamos con el relato: Al llegar en nefrólogo a la institución e iniciar la entrevista, se encuentra frente a él a un hombre optimista y feliz (encontró paz en este lugar, lo que no tenía en su hogar), con el que el diálogo resulta fácil. Cuando el médico le plantea su situación y las diferentes opciones de tratamiento, el paciente lo interrumpe para preguntarle lo que más le preocupaba: Hacía un año había contraído nupcias con otra usuaria del hogar, sus relaciones sexuales eran satisfactorias, pero tuvo una etapa de disfunción sexual que certeramente relacionó con un beta bloqueador que le indicaron para su HTA y que desapareció al sustituirlo por otro, refiere que cuando el médico le indicó el primer medicamento ninguno de los dos reparó en la esfera sexual (con sus ojos vivaces e inteligentes le dijo: médico: nunca obvie algo tan importante), ahora le preocupaba más este aspecto que el futuro tratamiento de su enfermedad renal, así como las opciones de terapéutica dirigida a la mejoría de la sexualidad, como el sildenafil de ser necesario, por igual preguntó sobre las limitaciones que podía tener para la realización de ejercicios físicos y trabajos artesanales por los que tenía preferencias.*

*Durante un tiempo el nefrólogo continuó atendiendo al paciente, la función renal siguió empeorando y se encontraron contraindicaciones médicas para realizar un trasplante renal en etapa predialítica, que muy probablemente hubiera sido el tratamiento ideal. Los médicos de asistencia decidieron reunirse con varios de sus familiares, para imponerles de la situación y de la necesidad de realizar tratamiento dialítico en un futuro cercano, así como recabar su apoyo al respecto. En la dinámica de la conversación se evidenciaron las diferentes fases por las que pueden transitar las personas ante una situación desfavorable (una pérdida, una enfermedad, un problema , algunos de ellos se mostraron algo reacios a entender el estado del paciente, que se observaba tan bien y animado (fase de negación), otros se irritaron un poco culpando al enfermo por actitudes ante su salud en el pasado, una familiar lloraba desconsoladamente, su esposa y otra hija dijeron que estaban dispuestas a acompañarlo en todo lo necesario, pero recibieron la réplica de otros familiares que aseguraban que "papá no resistirá ese tratamiento tres veces por semana, que primero se suicida, que su corazón es débil" independientemente de que el médico le haya dicho que muy probablemente no tuviera con el tratamiento ninguna repercusión desfavorable. La decisión final fue la única posible en estos casos, hacer lo que permitiera el consentimiento informado del enfermo, este accedió a realizarse el tratamiento dialítico. Hace dos años recibe esta terapéutica, continúa feliz con su esposa, haciendo ejercicios físicos y elaborando figuras artesanales.*

### **Introducción:**

Antes de adentrarnos en lo que son los duelos, sus características, la incidencia que tienen en la salud y en la vida en general de las personas, tendríamos que preguntarnos si estamos preparados para afrontarlos de forma adecuada ya sea en el plano personal, como en nuestro ámbito profesional, la respuesta más segura ante esta interrogante es "No", ya que aunque sabemos que nos vamos a enfrentar a muchas pérdidas durante nuestra vida, nadie piensa en ellas, tampoco se nos enseña, es como si evitar pensar nos alejara de estas.

En el ámbito profesional, excepto los especialistas de la salud mental, el resto de los profesionales especialmente en el campo de la salud, aunque se enfrenten con estos procesos de forma sistemática, no los tienen en cuenta en su mayoría, ni en el manejo de

sus pacientes, ni para ellos mismos (síndrome de Burnout o quemado, característicos de áreas cerradas como las unidades de terapia intensiva), de aquí la necesidad de seguir profundizando en estos aspectos.

Es necesario tener conocimientos para el manejo adecuado de cómo informar el diagnóstico de una enfermedad crónica o de otro tipo, cómo manejar los riesgos de un proceder invasivo (que no basta con elaborar un buen consentimiento informado), cómo orientar nuevos estilos de vida para el control de los factores de riesgo, que implica dejar de consumir y de hacer actividades que producen disfrute al individuo aunque atente contra su salud. Todo esto requiere preparación para convencer y plantear nuevas fuentes de satisfacción.

Además es necesario hacer énfasis en cómo preparar y prepararnos para comunicar situaciones difíciles, incluso la muerte de nuestros pacientes, es algo que la mayoría aprende haciendo (sin una formación docente teórico-práctica anterior) y no siempre el resultado es el mejor para los propios profesionales ni para los pacientes y familiares con los que se trabaja.

De aquí, que se necesita conocer que son los procesos de duelos y cuáles serían las mejores formas de actuación, por lo que el manejo ético de ello es una necesidad.

Por ello nos permitimos compartir las siguientes reflexiones:

- El duelo no es un problema de salud al ser un proceso normal.
- ¿Se deben tener en cuenta sus implicaciones en las estrategias de Salud Pública?
- ¿Una persona en duelo no tiene salud pues no tiene bienestar? (Concepto de salud)

Otro elemento a tener en cuenta es que la mayoría de las personas ante un duelo o pérdida dejan la sexualidad a un lado, al relacionarse esta con el placer (generalmente es la que más se tarda en recuperar), muchas veces por sentimientos de culpa, en el caso particular de la muerte de un conyugue u otro familiar cercano, que puede generar pensamientos de porqué seguir vivos, esto generalmente es un pensamiento íntimo y no compartido. Por otro lado ante una enfermedad se enfrasan tanto los pacientes como

sus parejas en la preocupación por la pérdida de la salud, que no dejan espacio para el placer.

Por el contrario, cuando se pierde la pareja por separación o divorcio, se suele aumentar la práctica de la sexualidad, ya sea como una forma de “*olvidar*” o como una forma de demostrarse a si mismo que puede reiniciarse la vida amorosa. En ocasiones estas conductas están relacionadas con un deseo de venganza hacia aquel que ha decidido romper el vínculo y pocas veces las relaciones que comienzan de esta forma generan relaciones satisfactorias, más bien suelen darse en una primera etapa del proceso, hasta adquirir fuerza suficiente para enfrentar la tristeza.

La Organización Panamericana de la Salud en su informe anual del año 2013 refirió: “*Del total de consultas que atienden los profesionales de la salud, un cuarto de ellas se relacionan con algún tipo de pérdida*”.

La cita anterior refuerza la preocupación de los autores de este artículo. *ando empezamos a tener dificultades en las nuevas*

### **Desarrollo:**

La palabra “*Duelo*” se origina de dos raíces latinas; una es “*dolus*” (dolor) y la otra “*duellum*” (desafío). Sigmund Freud enunció por primera vez su teoría del duelo ante la Sociedad Psicoanalítica de Viena en enero de 1914.

Existen diferentes conceptos de “*Duelo*”, les presentamos algunos de ellos:

- Proceso psíquico que se produce tras la pérdida de algo valioso para el sujeto y que puede referirse a la salud, la imagen del cuerpo, los proyectos y los vínculos.
- Proceso de elaboración de una pérdida, que consiste en la asimilación y aceptación de la situación dolorosa para poder adaptarnos, tanto interna como externamente, a la nueva realidad

Cada uno de ellos muestra que es un proceso y que puede presentarse en diferentes áreas de la vida e incluso coexistir algunos, por lo que se deben desarrollar mecanismos para afrontarlos.

Aunque la sociedad nos transmite que debemos estar siempre bien y que el dolor y el sufrimiento son “malos” lo real es que las emociones calificadas como “negativas” juegan su rol en el desarrollo del sujeto. Una parte de esta mirada es cuando sobrevaloramos un hecho, nos ponemos en el rol de víctimas y la otra es cuando nos tenemos que enfrentar a procesos de pérdidas, que en la mayoría de los casos no los provocamos sino son parte de la vida, debemos sacar lecciones de lo vivido y aprendido, aunque sea con dolor, por ejemplo la muerte de un familiar querido, junto con el dolor, nos debe traer la satisfacción por lo vivido junto a esa persona.

Otro elemento es que el trabajo de los profesionales de la salud, en especial los psicoterapeutas no es quitar el dolor o buscar que se acabe antes, sino acompañar a la persona a que, con su ritmo y su tiempo, pueda construir su duelo, por ello no existen tiempos límites para elaborarlos, pues depende de muchos factores y siempre individuales.

También, es necesario ubicarnos no solo en las pérdidas actuales del sujeto sino también en las que ha tenido a lo largo de la vida, o sea en su historia lineal.

Epidemiología:

- De 5 a 9% de la población general sufre la pérdida de un familiar cercano cada año.
- Cerca de 25% de las consultas de medicina general son personas que han sufrido una pérdida.
- Un tercio de las personas que experimentan un duelo presentan trastornos en su salud física y/o mental.
- Alrededor de 25% de los viudos experimentan depresión clínica y ansiedad durante el primer año luego de la pérdida. Esto desciende a 17% al final del primer año y sigue disminuyendo progresivamente.
- 31% de los pacientes admitidos en una unidad psiquiátrica para ancianos, han sufrido pérdidas recientes

Existen diferentes tipos de duelos y clasificaciones, una de ellas los divide en:

- Evolutivos: Infancia, adolescencia...y tercera edad.
- Afectivos: Parto, destete, escolarización, enamoramientos, separaciones y divorcios.

- Sociales: Cambios de estatus, desempleo, jubilación, enfermedades y muerte.

Existen interrogantes que consideramos son importantes:

¿Puede una persona vivir varios duelos?

¿Qué preguntan los profesionales acerca de estos procesos?

Hay que tener en cuenta las etapas del duelo en que puede encontrarse una persona y que son las siguientes:

- Negación.
- Ira y/o depresión.
- Negociación.
- Aceptación y/o agradecimiento.

Pero también pueden presentarse distintas respuestas emocionales:

- Enojo
- Ataques de pánico y de angustia
- Sensación de embotamiento (estado de pasividad, de no saber qué hacer, de desorientación y de apatía).

Por ello no podemos clasificar o encasillar a las personas por sus respuestas, ya que los propios profesionales, los otros pacientes y sus familiares pueden tildar a las personas que sufren algún duelo por sus reacciones, como “*difíciles*”, “*complejos*” o con pseudo calificaciones (“*histéricos*”, “*paranoides*”). Motivado por ello se solicitan muchas interconsultas a los profesionales de la salud mental (psicólogos o psiquiatras) en las salas de medicina y cirugía de los hospitales, ante supuestos trastornos emocionales de estos pacientes, cuando se les pone en su conocimiento de que presentan una enfermedad crónica o de otro tipo, en particular en el caso de algunas tan estigmatizadas como el cáncer o por los procedimientos que deben enfrentar.

Hay que asumir que una pérdida implica una reacción en las personas que la sufre, por lo tanto el profesional de asistencia debe estar preparado para una variedad de respuestas, reacciones que van a depender de la intensidad de la pérdida, del momento de la vida en que se sufre, de la personalidad del sujeto y de la historia de su vida, entre otros elementos.

Además hay que tener en cuenta los estilos de afrontamientos que son *“aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes”* (Lazaruz, 1996) y que pueden estar:

- Centrados en el problema
- Centrados en la emoción

Hay que tratar de orientar a los pacientes y personas en general en centrar sus estilos en la solución de los problemas y no en las emociones, asumiendo posiciones de víctimas, con expresiones paternalistas como *“pobrecitos”* por nuestra parte, o por parte de los afectados, como *“tengo mala suerte”* entre otros. Lo que es real es que solo se pueden elaborar los duelos, viviéndolos y por qué no sufriendolos.

### **Algunos tipos de duelos:**

El duelo ante una enfermedad crónica:

Lo primero que sería oportuno reflexionar es: ¿Qué se dice, cómo y a quién se le dice?

Se deben tener en cuenta las características emocionales del paciente, de su personalidad, su inteligencia, las redes de apoyo social, de lo que se deriva que hay que realizar una valoración personalizada y ver con qué recursos cuenta el paciente para afrontar la realidad, pues aunque en muchas ocasiones este pide conocer todo acerca de su enfermedad, lo que es positivo, muchas veces hay que prepararlo para ello. Lo que no se debe es excluir a la persona o hablar en susurros con los familiares, pues todos tienen el derecho de conocer lo que les ocurre, aunque en ocasiones requieran ayuda psicoterapéutica para acompañarlos y prepararlos para afrontar los duelos.



En el caso del diagnóstico de un proceso crónico, resulta de utilidad valorar que este va a persistir de forma permanente en la vida del sujeto, que este proceso está relacionado muchas veces con representaciones de incertidumbres, mitos, creencias inadecuadas y estigmas de estos procesos de enfermedad, motivados por desconocimiento y aspectos culturales que están en el imaginario popular, por ejemplo *“El cáncer como enfermedad incurable, dolorosa”, lo que ha llegado a ser innombrable, o “murió de una larga y penosa enfermedad”*.

Estos procesos de enfermedad se acompañan de manifestaciones psíquicas y corporales, unido en su mayoría a procedimientos invasivos con largos periodos de hospitalización. Resulta necesario tener en cuenta que el duelo se produce desde que se comienza a precisarse el diagnóstico y a partir de ahí, se conforman los roles por lo que va transitando el paciente en la mayoría de los casos:

- Por el diagnóstico: De sano a enfermo. De fuerte a débil
- Pérdida corporal: De sentirse completo a incompleto. De normal a discapacitado.
- Pérdida laboral: De proveedor a proveído. De normal a discapacitado.
- Pérdida sexual: De activo a pasivo. De proveedor a responsable de una sexualidad nula (aunque no se demuestre el verdadero impacto en la sexualidad al inicio o durante la enfermedad en el imaginario sí existe)

La forma en que a una persona le afecta una enfermedad crónica depende de la afección particular que padece, de cómo repercute sobre su cuerpo, la gravedad de esta y el tipo de tratamientos que requiere.

Entonces: ¿Por qué será realmente el duelo?:

- Por el cuerpo
- Por las pérdidas sexuales
- Por lo social
- Por el vínculo laboral

En la mayoría de los casos ocurren pérdidas en todas las esferas o en su gran mayoría. Igualmente hay que tener en cuenta los duelos sistemáticos que puede vivir la persona o sea los duelos que le antecedieron, así como estas enfermedades pueden provocar disfuncionalidad, limitaciones, fragilidad, pérdida de autonomía, una mayor vulnerabilidad e incluso una amenaza para la vida.

Otro elemento es la interrogante consistente en que ser empáticos con los pacientes y sus familiares ante los duelos, estaría o no en lo esperado. En nuestro criterio es indiscutible, ya que la empatía es la habilidad social donde las personas se conmueven y comprenden lo que le ocurre al otro y para la práctica de los profesionales de la salud debe ser un requisito indispensable.

El manejo del duelo no puede centrarse solamente en el paciente, sino incluir a la familia y en particular a la pareja, ya que todos sufren, las limitaciones no son solo para el paciente, sino también para su pareja y por ello nos preguntamos: *¿Quién ayuda a manejar estos impactos?*

También vemos con frecuencia que al duelo ante una enfermedad crónica, puede sumársele el duelo por abandono de la pareja, en especial abandonan más los hombres que las mujeres en este proceso. Recordar que en la representación cultural de las féminas está el proceso de cuidado para los otros, se les enseña el proceso de maternaje en los juegos desde niñas, no solo para con los hijos sino también debe cuidarse al resto de la familia, incluyendo a la pareja.

Al necesitarse una mirada más integral, hay que abarcar las pérdidas que sufren también los familiares y cuidadores, ante la enfermedad o la muerte, en especial de la pareja. En la mayoría de los casos estamos tan centrados en ayudar al paciente que nos olvidamos de sus parejas y familiares, que sufren también estos procesos y que tienen pérdidas también.

Una de las esferas de la vida que se afecta más ante una enfermedad crónica es la sexualidad, no solo por los cambios físicos (hormonales, imagen corporal, anemia, entre otros) que se producen por la propia afección y sus tratamientos que pueden afectar la respuesta sexual en cualquiera de sus etapas (deseo, excitación, orgasmo) sino por las representaciones y las repuestas emocionales asociadas, que producen malestares y dificultades en la vida de pareja y que pueden provocar hasta disfunciones sexuales. Esto ha sido confirmado por algunas de las investigaciones que hemos desarrollado con pacientes conviviendo con una o con varias enfermedades crónicas.

Para ello, sería bueno recordar el concepto de Salud sexual planteado por la Organización Mundial de la salud en el 2012 *"...es el estado de bienestar físico,*

*emocional, mental y social en relación con la sexualidad; no es la mera ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual necesita un acercamiento positivo y respetuoso a la sexualidad y a las relaciones sexuales, así como, la posibilidad de obtener experiencias placenteras y seguras, libre de coacción, discriminación y violencia. La salud sexual debe defender, proteger, mantener y respetar los derechos sexuales de las personas”*

A continuación se reflejan algunas experiencias obtenidas en investigaciones relacionadas con el tema en cuestión y que de una forma directa e indirecta influyen en la forma de asumir el inevitable duelo que conlleva una enfermedad crónica limitante:

Se realizó un estudio para determinar la frecuencia de disfunciones sexuales (DS) en un grupo de 100 pacientes con enfermedad renal crónica en tres etapas evolutivas (enfermos aún sin una necesidad dialítica, con necesidad de este tratamiento y trasplantados renales), atendidos en cuatro servicios de nefrología de Cuba. Se empleó una metodología cuanti-cualitativa mediante la utilización de encuestas y grupos focales.

Entre sus resultados estuvieron que:

- Existía poca cooperación de los pacientes para superar los factores de riesgo. Se evidenció que existía una falta de comunicación y de información sexual entre la pareja y el equipo de salud.
- Hubo una frecuencia elevada de disfunciones sexuales
- El apoyo y manejo de la pareja se consideró insuficiente en la mayoría de los casos. La accesibilidad de las parejas a la atención sexológica especializada resultó insuficiente
- La disfunción sexual constituyó un síntoma centinela para diagnosticar los factores de riesgo y como motivación para el paciente
- La mayoría de los pacientes atendidos en la consulta se encontraban en la etapa de mayor actividad sexual de la vida, pero también afectados por diferentes enfermedades crónicas no transmisibles, infiriéndose el hecho de que si no se interroga sobre estos aspectos, pasarán inadvertidos y podrán cometerse iatrogenias

En otra investigación relacionada con el estudio de las *“Variables psico-sexuales relacionadas con la presencia de parejas y sus problemáticas en pacientes de hemodiálisis”* se planteó como objetivo general el de describir las variables psico-sexuales que se relacionaban con la presencia de parejas y sus problemáticas en los pacientes de un servicio de hemodiálisis. Para ello se estudiaron los pacientes con enfermedad renal crónica, de un servicio de hemodiálisis de Cuba, en el periodo entre diciembre de 2011 y marzo de 2013, con edades comprendidas entre los 24 y 84 años, se aplicaron los siguientes instrumentos: Entrevista en profundidad, entrevista psico-sexual, escala auto valorativa Dembo Rubinstein, Inventario de autoestima Coopersmith, encuesta al personal especializado de la sala de hemodiálisis.

La muestra se dividió en 3 grupos:

Grupo 1: Pacientes que no pareja.

Grupo 2: Pacientes que tenían pareja y presentaban problemas.

Grupo 3: Pacientes que tenían pareja y no presentaban problemas.

Se encontraron los siguientes resultados:

1. Desde el punto de vista socio demográfico, más de la mitad de los pacientes no tenían pareja y hubo una disminución de este vínculo desde el inicio de la enfermedad y con un predominio de la no presencia de vínculo laboral
2. Dentro de la caracterización de las variables psico-sexuales estudiadas, resultó más relevante el predominio de las insatisfacciones sexuales, cambios en la imagen corporal y presencia de alteraciones en la respuesta sexual de los pacientes estudiados.
3. Dentro de la descripción de las variables psico-sexuales por subgrupos se encontró:
  - En el Grupo 1 (pacientes que no tenían pareja) resultaron más relevantes las insatisfacciones sexuales, los cambios en la imagen corporal, la disminución de las expectativas con respecto a la relación de pareja y la presencia de alteraciones en la respuesta sexual.

- En el Grupo 2 (pacientes que tenían pareja y presentaban problemas) resultaron más significativos los cambios en la imagen corporal, las insatisfacciones sexuales y la presencia de alteraciones en la respuesta sexual.
  - En el Grupo 3 (pacientes que tenían pareja y no reportaron problemas en la relación) la tendencia estuvo dirigida a que en las variables estudiadas no se presentaron alteraciones y que existía antes y durante la enfermedad una relación de pareja con calidad.
4. La tendencia en cuanto al conocimiento que poseía el personal profesional con relación a la vida en pareja y a la sexualidad de sus pacientes, se pudo constatar que las enfermeras(os) tenían más dominio de la presencia de la pareja y de las problemáticas de los pacientes que conformaron la muestra, al compararlos con el personal médico, aunque en ambos grupos se evidencia que no tenían en cuenta las variables psicosexuales en el abordaje integral del paciente y de su calidad de vida.

En otras investigaciones realizadas en Cuba, como la de los pacientes con enfermedades del suelo pélvico, se detectó que la mitad de estos presentaban incontinencia fecal, seguido de incontinencia urinaria; la mayor parte tenían una pareja sexual estable, con relaciones sexuales, aunque con dificultades, dadas por el miedo a desencadenar la disfunción, la falta de deseo sexual, la dificultad en la penetración y la no satisfacción con estas. La mayor parte de los pacientes deseaba mejorar su función sexual. Según lo referido por los pacientes, sienten vergüenza de mostrarse ante su pareja, se sienten en desventaja y tienen temor por el olor desagradable que presentan, en dependencia de la disfunción, lo que dificulta el funcionamiento armónico de la pareja y deteriora la relación en su mayoría, lo que puede llegar hasta su disolución.

Todo lo anterior nos hace tener en cuenta la necesidad de orientar, tratar y en primer lugar prevenir los malestares y trastornos que puedan derivarse en la sexualidad de estas personas y que en ocasiones pueden anteceder a la propia enfermedad o agudizarse, pero teniendo siempre presente que estas afectaciones se viven como duelos reales y pérdidas.

Otro elemento a tener en cuenta es que el duelo ante una enfermedad crónica puede relacionarse para el paciente y su pareja con:

- El duelo por la ruptura de pareja
- El duelo ante la muerte de la pareja

### **El duelo por la ruptura de pareja:**

Es igual un proceso que está determinado por los siguientes aspectos.

- ¿Quién finaliza la relación? (no es igual dejar que ser dejado).
- El motivo de la ruptura (infidelidad, abandono, desacuerdos).
- La forma en que se acaba la relación (si es por una pelea, consensuado, o de forma brusca, sin explicación).
- El impacto en sus circunstancias vitales (tener hijos o no, situación económica).
- Características de la propia relación (años de convivencia, tipo de relación, qué aportaba).
- Características personales (edad, si trabaja o no, no resulta igual si es la primera ruptura o se han tenido varias).
- Como se comporta la expareja ante la ruptura y que impacto familiar y social tiene.

También debe tenerse en cuenta las fases que se pueden experimentar ante la ruptura, para orientar mejor a la persona que recibe o demanda ayuda, estas son:

- Incredulidad / negación
- Insensibilidad
- Tristeza
- Miedo, angustia, culpa
- Ira (venganza)
- Sensación de descontrol (necesidad de salir, de cambios)
- Nostalgia
- Serenidad

- Aceptación

Usted amable lector, con seguridad y desgraciadamente, habrá experimentado más de un duelo en su vida y pudiera clasificar como se comportó cuando lea las siguientes líneas.

Conocer cómo se desarrollan estas fases y cómo fue que se produjo y se vivió la ruptura, matiza el que se desarrollen los siguientes tipos de duelos ante la ruptura de la pareja:

- Duelo sano (es el que se produce con independencia de las fases que incluya y el tiempo conduce a la elaboración de la pérdida).
- Duelo retrasado (aparece transcurrido un tiempo, dos o tres semanas y se comporta generalmente como un duelo normal).
- Duelo ausente (no aparece la reacción emocional y el presunto doliente actúa como si no hubiera ocurrido nada).
- Duelo crónico o conflictivo (se instala en la fase más aguda del duelo y se mantiene durante años, caracterizado por síntomas ansiosos y depresivos y una preocupación continua por lo perdido).
- Duelo inhibido o no concluido (incapacidad para expresar el dolor, se muestra retraimiento).

Resulta muy útil conocer las pautas para manejar el duelo relacionado con la pérdida de la pareja:

1. Abstinencia (no tener contacto durante un tiempo con sus ex parejas, hacerlo cuando se encuentren más fuertes).
2. Si es necesario algún contacto con la expareja que sea el mínimo.
3. Bloqueo de información sobre su expareja por parte de familiares y amigos.
4. Tiempo de duelo primero, amigos después.
5. Resolver lo que puedan y necesiten y posponer para el diálogo lo que no sea muy importante.

Otro duelo muy importante es cuando se produce la muerte del conyugue, en especial el de la pareja que acompaña a un paciente con una enfermedad crónica y que en la mayoría de los casos no recibe un apoyo este proceso. Resulta necesario conocer las fases por las que se atraviesa. Negación (no me lo creo)

1. Tristeza (el dolor de la pérdida)
2. Culpa (no lo he hecho bien)
3. Desolación, nostalgia (echo de menos)
4. Aceptación (ya no duele tanto)

En especial en estos casos hay que manejar las culpas, que se expresa como: *“debí dedicarle más tiempo”*, *“pude decirle con mayor frecuencia cuanto lo (la) quería”*, todas estas posturas producen un estancamiento o un duelo mal elaborado. Estos duelos, con independencia de sus particularidades, tienen un factor común que es necesario conocer para poder manejarlos de una forma adecuada

### **Duelos y grupos vulnerables:**

Es importante tener en cuenta los detalles de cómo se viven los duelos en los grupos vulnerables, cómo son las personas de la tercera edad, ya que la mayoría viven más de un duelo, ya sea por tener la comorbilidad de una o más de una enfermedad crónica, la muerte del conyugue o de otros familiares y amigos, de aquí la necesidad de hacer énfasis de cómo maneja el profesional de la salud la relación con estas personas, mucho más en nuestro país, en que el incremento progresivo del número de personas envejecidas y la necesidad de prepararnos para su mejor manejo es una realidad.

El duelo en la vejez está caracterizado por pérdidas tanto internas (salud, cuerpo, imagen corporal, cognitivas) como externas (viudez, muerte de otros familiares y amigos, soledad). Por ello Simone de Beauvoir refirió *“El anciano es alguien que tiene muchos muertos en sí”*, pero en la práctica clínica se observa que la mayoría de los adultos mayores logran elaborar sus duelos.



Hay que considerar que los efectos del duelo pueden ser más o menos prolongados, pero que pueden ser reactivados por otros duelos y otras pérdidas, o sea, los ocurridos en una etapa pueden influir en las posteriores., mucho más en los adultos mayores.

En una revisión de las publicaciones sobre la relación médico-paciente-. Anciano a través de Medline, durante un período de treinta años referidos a los manejos de los duelos, se analizaron las siguientes categorías:

1. Fenómenos psicológicos: Se tuvo en cuenta procesos tales como:

- Contratransferencia (Es el conjunto de actitudes, sentimientos y pensamientos que experimenta el terapeuta en relación con el paciente).
- Transferencia (Es el desplazamiento de emociones y conductas que originalmente se experimentan en relación a personas significativas de la infancia, sobre ciertos objetos actuales (regresión).
- Sentimientos (Se caracterizan por ser un sistema complejo de vivencias afectivas que reflejan las relaciones, más o menos estables, que la persona consolida respecto a lo que le rodea y a sí mismo. Son exclusivos del humano).
- Empatía (Habilidad social que permite al sujeto comprender y conmoverse con lo que le ocurre al otro)

2. Actitudes o creencias por parte del médico o el paciente (percepciones, estereotipos).

De los 57 artículos revisados se obtuvieron, los siguientes resultados:

- 33% de las investigaciones se enfocaban en las barreras actitudinales que se producían en la relación médico paciente (anciano) o sea en cómo se establecieron, especialmente de parte del paciente
- 25% en los resultados obtenidos en estos procesos de ayuda
- 23% en las capacidades de comunicación
- 16% en asuntos éticos.
- 3% en los fenómenos psicológicos

Lo que demuestra que aspectos tan importantes como la transferencia, la contratransferencia y la empatía, que son esenciales para entender la relación médico-paciente anciano, prácticamente no se tuvieron en cuenta.

Después de la revisión anterior se concluyó que los fenómenos psicológicos entre los médicos y sus pacientes ancianos a menudo no se incluyen en la investigación, lo que muestra que estos aspectos imprescindibles a tener en cuenta en los procesos de duelo, requieren una mirada más profunda y la necesidad de capacitación del personal médico, paramédico; así como todas las personas que trabajen con grupos de la tercera edad, para el manejo adecuado de los mismos.

De aquí, que nos preguntemos:

- ¿Conocemos realmente como desarrollar la relación médico-paciente (RMP) de forma efectiva y humana?
- ¿Aplicamos los principios éticos y humanistas?
- ¿Cómo maneja la RMP y los duelos el profesional de la salud?
- ¿La ética nos impide conmovernos con lo que le ocurre al otro?:

Todo ello nos recuerda que la Ética es: *“La rama de la filosofía que analiza y dictamina las acciones y procedimientos que se consideran buenos, correctos y generalmente aceptados”*.

En un sistema ético en las relaciones no debería faltar:

- La empatía: Nos ayuda a ponernos en el lugar del otro.
- La racionalidad: Fundamenta nuestros principios morales.

Reflexiones finales:

Con independencia del tipo de duelo y de la edad en que se presenta y su coexistencia con otras pérdidas, tanto de profesionales de la salud o no, sería oportuno tener conocimientos de reglas generales para su manejo. De aquí que nos permitamos sugerirles algunas estrategias para su afrontamiento:

- Entenderlos.

- Necesidad de capacitar a los profesionales en el manejo de los duelos y en la ayuda para la elaboración de estos.
- Pensar en nuestros propios duelos, que se encuentran también en el campo profesional (diagnósticos erróneos, fracaso de procedimientos y muerte de pacientes).
- Tener en cuenta la calidad de vida percibida, no solo lo que cree el equipo de profesionales de la salud (empoderamiento del paciente y de la familia).
- Cambiar las implicaciones socioculturales del duelo *¡Pobrecito(a), que desgracia!*
- Reconstruir la filosofía del duelo *“no culpar, no evadir, agradecer los vivido”*.
- Educar para afrontar los inevitables duelos de la vida, que no es igual a *“NO SENTIR”*.
- Reconocer la alta vulnerabilidad ante los duelos.
- En la fase de negación y angustia se pueden presentar muchas quejas de los pacientes que debemos aprender a reconocer.
- Tener en cuenta la personalidad de los enfermos antes de afrontar el duelo.
- Tener en cuenta los estilos de afrontamiento (centrados en el problema o en la emoción).

Y recomendamos las siguientes tareas para afrontar el duelo:

- Aceptar la realidad de la pérdida.
- Experimentar las emociones asociadas a ella.
- Afrontar las demandas de la vida sin lo perdido.
- Recolocarse psicológica y emocionalmente, de modo que no impida la búsqueda de otras satisfacciones.

Es importante asumir el impacto de los duelos en la biografía de la persona y recordar que siempre es un proceso y no un evento transversal (que ocurre como una fotografía). Lo importante no es solo la pérdida sino su evolución, por eso son decisivas las redes de

apoyo que se logren mantener o conquistar y con las cuales la sociedad da muestra de una de sus virtudes humanitarias más importantes, la empatía y la solidaridad.

## Consideraciones éticas en el tratamiento del paciente en estadio 5 de la enfermedad renal crónica en tiempos de necesidades

*Este artículo fue publicado por los autores gracias a la colaboración del excelente especialista en nutrición y amigo Dr. Sergio Santana Porbén, editor de la Revista Cubana de Alimentación y Nutrición y fue derivada de una conferencia que impartimos en un “viernes de nefrología”. Por su estrecha interrelación con los objetivos de este libro, consideramos que pudiera ser útil reproducirla textualmente.*

### **INTRODUCCIÓN**

Esta ponencia no tiene objetivos predeterminados. En un contexto dominado por el auge en las enfermedades crónicas no transmisibles, cuando la enfermedad renal crónica (ERC) afecta entre el 10 y el 15% de la población cubana, y donde cerca de 3 mil pacientes reciben alguna forma de terapia de sustitución de la función renal, pero se estima que otra cantidad similar pudiera necesitarla, y no se le presta debido a limitaciones de todo tipo, y no solo de tipo tecnológico, se impone escuchar diferentes opiniones sobre todas estas cuestiones, y discutir y pensar en ellas, como paso previo a la elaboración de las requeridas políticas y guías de actuación.

En el momento actual, no se puede abordar el estado del acceso del enfermo a las terapias de sustitución de la función renal desde recetas preconcebidas o externas. La singularidad del escenario cubano obliga a discurrir por caminos inexplorados muchas veces, si bien, no se puede renunciar tampoco a estudiar la experiencia acumulada en otros entornos geográficos, sociales y económicos.

Se reconoce que el tratamiento de la ERC cuando se arriba al estadio 5 (y final, que no quiere decir con ello terminal) comprende la depuración dialítica (provista ésta en forma de hemodiálisis o diálisis peritoneal) y el trasplante renal. Pero el tratamiento de la ERC en estadio 5 pudiera también ser médico, sin que ello implique que sea paliativo. En tal respecto, se pudiera acudir a experiencias reportadas sobre un acompañamiento del nefrópata crónico que incluye la atención alimentaria y nutricional del mismo, y que puede retardar hasta en 12 meses la entrada del mismo en un programa de depuración.

En esta ponencia también se impone hablar sobre la calidad de los tratamientos depuradores que se le ofertan al nefrópata crónica. Se desearía que el enfermo se beneficiara de los mejores tratamientos disponibles. Y de inmediato salta la pregunta: ¿Se tienen estos tratamientos en el país?

Lo primero que se debe discutir es el estado de los programas nacionales de prevención y progresión de la ERC. La ERC no debería ser la lógica (y matemática) consecuencia de una prevalencia cada vez mayor de hipertensos y diabéticos: los primeros contribuyentes en todo el mundo (y en Cuba también) a un programa de sustitución de la función renal. Y ello habla de falencias e insuficiencias en la prevención que debe librarse en la atención primaria de salud. Pero una vez el paciente ha sido decretado como nefrópata en estadio 5 y necesitado de terapia sustitutiva de la paupérrima función renal, entonces se debe pensar en las opciones que se le brindan. Obviamente que rápidamente se piensa en el trasplante renal, con una adecuada histocompatibilidad (que asegure la máxima supervivencia del injerto) y un breve tiempo de espera. Pero no todos los enfermos resultarían estar aptos para recibir un trasplante. Tampoco existe una sobreabundancia de órganos disponibles para abreviar el tiempo en lista de espera, a pesar de la promoción que se ha hecho entre la población sobre su declaración como donante solidario. La actividad del trasplante renal en el país no ha escapado de las contingencias impuestas por los avatares económicos que el país debe afrontar. Y lo que es más relevante: ¿Y cómo se asegura el estado de salud del enfermo, y se prolonga su vida hasta la llegada del trasplante, si esta conducta se decidiera? Entonces por fuerza hay que discurrir sobre las terapias dialíticas.

La hemodiálisis se ha convertido en casi la única opción depuradora externa que se le ofrece al enfermo. De hecho, en Cuba, el 95% de los enfermos están inscritos (y se atienden) en un programa de hemodiálisis. El país ha realizado un gigantesco esfuerzo inversionista para colocar unidades de hemodiálisis ambulatoria a nivel de los municipios. Pero ello supone un costo material, financiero y humano que no puede pasarse por alto, y que es necesario reconocer y discutir. Por otro lado, la provisión de la hemodiálisis obliga al enfermo a presentarse en la unidad tres veces a la semana, y dedicar toda una jornada a este menester, con la consiguiente afectación de su calidad de vida, autonomía y validismo. ¿No se podrían pensar en otras opciones?

La diálisis peritoneal ha gozado de una dudosa (para no decir mala) reputación entre la

población general, y una parte nada desdeñable de la comunidad médica. Pero hay que decir que han ocurrido importantes mejoras tecnológicas en la provisión de la diálisis peritoneal, que han resultado todas ellas en una efectividad superior, a la vez que una mayor aceptación por parte del enfermo. De hecho, el Instituto de Nefrología conduce hoy un programa de diálisis peritoneal crónica ambulatoria que, a pesar de las inevitables altas y bajas, puede mostrar resultados muy halagüeños.

También se han explorado otros paradigmas tecnológicos en la práctica de la hemodiálisis, y ellos tienen que ver con la introducción de membranas de alto flujo, la hemodiálisis diaria, la hemodiálisis *on-line*, y la hemodiálisis prolongada. De resultados de todo ello, la calidad de la terapia depuradora externa que se brinda hoy en día es muy superior a la que se hacía antaño.

Ahora bien, ¿y cómo se comporta globalmente el acceso a estas terapias? A pesar de las diferencias de todo tipo que se puedan esgrimir, se puede decir que en algunos países una pequeña minoría dializa a todos los necesitados, y en otros se dializa a muchos pacientes (tantos como fuera posible), a unos muy bien pero a otros con una diálisis de supervivencia. En otras regiones solo se dializa a una minoría de los necesitados, a unos de ellos muy bien y a otros con una intención de supervivencia. Pero no se puede dejar de decir que en un número para nada despreciable de lugares, no se dializa a nadie.

El acceso a las terapias depuradoras debería reconciliarse con el ritmo de crecimiento de las demandas, y hay que reconocer que la demanda supera con mucho la oferta y la disponibilidad, y ello crea una brecha que cada día se ensancha más. El envejecimiento demográfico, la mayor incidencia del cáncer, y el avance de la obesidad, están configurando un cuadro nada favorecedor para la conducción y gestión de los programas de depuración externa de la función renal.

También hay que identificar otras causas de pérdida de la función renal que subyacen a la sombra de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Las uropatías (y donde se incluyen tanto el reflujo vesicoureteral de la infancia como la enfermedad litiásica renal) se erigen en otra de las causas importantes de requerimiento de terapias sustitutivas de la función renal. Luego, y ante la brecha que se ha abierto entre los enfermos nefrópatas que aguardan por entrar en un programa de diálisis (y que también los lleve al trasplante renal), y la disponibilidad de recursos y el acceso a los mismos, y para evitar las sobrecargas adicionales por nuevas comorbilidades, cabría preguntarse: ¿resultará

necesario un análogo de la Operación Milagro para las enfermedades urológicas?

Luego, ¿qué se puede hacer? ¿Cuál es la mejor solución? ¿Pesquisar o no pesquisar?

¿Aislar o no aislar de acuerdo a la presencia o no de hepatitis B o C? ¿Compartir el pan entre todos, o dárselo a unos pocos hasta que se pueda multiplicar? ¿Multiplicar o fraccionar? Entonces, ¿cómo elegimos y mantenemos la equidad?

A diario se presentan situaciones dilemáticas que se enfrentan y resuelven casuísticamente. Por ejemplo, se ha abierto una plaza en una unidad de hemodiálisis, y se tienen 2 necesitados. Uno de ellos es un joven de 20 años. El otro es un anciano de 80 años. ¿Qué hacer? Por otro lado, ¿cómo mejorar la tolerancia del enfermo a la diálisis? ¿Se debe disminuir de forma generalizada la dosis de diálisis (y que se recoge en el conocidísimo término de “KT/V”, para que alcance para todos? Igualmente, ¿hacia qué unidad de diálisis retornan los pacientes que pierden el riñón trasplantado? ¿A aquella de la cual emergió en su momento, o a una nueva según lo establecen las políticas de regionalización y compactación de los servicios de salud?

Se ha propuesto que la brecha entre los recursos disponibles y los enfermos necesitados podría ser aminorada (al menos) induciendo la no aceptación de los métodos dialíticos en los que se consideren como los enfermos “menos elegibles”. En este punto, se debe alertar al nefrólogo de asistencia (y por extensión, el grupo básico de trabajo) que él ni es juez ni es jurado. Tampoco es un decisor sobre los recursos de salud, y ni siquiera un policía o un detective. Y que recuerde siempre que no es un dios para decidir con sus acciones quién vive o quién muere.

Con todo lo dicho, tenemos algunas soluciones a nuestro alcance. Se debe insistir siempre en las políticas de prevención de la ERC a través de la realización de diferentes actividades en la población del riesgo, en las que entidades como la litiasis renal, la inmadurez fetal, la hipertensión arterial, la sepsis urinaria, la diabetes mellitus, y el exceso de peso pueden dañar las funciones renales, y hacer consciente y masiva la necesidad de acudir al médico de familia para la intervención y corrección de las mismas. El programa nacional de trasplante renal debe ser impulsado, se debe promover entre la población la disposición de convertirse en donante solidario, se debe mejorar la colección, conservación y transportación de órganos; y se debe reorganizar el seguimiento integral del paciente trasplantado. Se deben explorar alternativas tecnológicas que fomenten el autocuidado del enfermo y la prestación de la terapia



dialítica en el propio domicilio. Se da por sentado que son recursos caros y costosos, pero las recompensas a corto y mediano plazo pudieran ser significativas.

Estos son algunos de los retos para el futuro. Lo que sí no cabe es la lamentación y el llanto estéril. Hay mucho por hacer, y los enfermos esperan por nosotros.

Adelantando algunas conclusiones

La población de nefrópatas crónicos crece cada día vez, también expresión del resultado más palpable de estilos de vida y conductas que no reconocen los riesgos que los mismos comportan para la salud. Las colectividades humanas cada día son más viejas. La expectativa de vida del nefrópata sujeto a diálisis crónica se ha alargado significativamente. Estas nuevas realidades comportan nuevos retos ante los cuales los grupos básicos de trabajo, los directivos y los administradores de salud deben responder. Se imponen entonces nuevos modelos de pensamiento e interpretación. Solo así se podrá garantizar la política suprema de la Nación: que cada enfermo reciba la terapia que le asegure la mejor calidad de vida, y que la misma pueda ser provista de forma sostenible en el tiempo.

*Nota: Un tiempo después de haber escrito este artículo, hicimos una reflexión en el colectivo médico donde trabajamos. Allí nos preguntamos: Si en muchos países desarrollados, incluso con una alta cobertura médica y también una elevada asistencia social, por ejemplo como es el caso de Canadá, el abandono de los métodos dialíticos constituye una de las primeras causas de mortalidad en estos pacientes ¿por qué en Cuba, a pesar de todas las limitaciones y escaseces, esto no constituye un problema, más aun, los casos de abandono que se producen son mínimos?*

*Las posibles respuestas están en la voluntad política que ha existido para darle cobertura total a esta problemática a pesar de sus altos costos, acercando los servicios de diálisis a todos los necesitados dentro del territorio nacional, en la solidaridad, en el apoyo de la familia y otros cuidadores, en el entrenamiento y la sensibilidad de los equipos de salud particularmente los nefrológicos con particular destaque para las enfermeras, incluso se añade algo quizás único para el mundo, el taxista, que contra viento y marea (léase autos viejos, que muchas veces funcionan por el enorme esfuerzo de sus choferes), a cualquier día y hora, traslada de una forma gratuita al enfermo y su acompañante hacia y desde las unidades de hemodiálisis hasta su hogar, pero ahí no queda su labor*

*¡acompaña al enfermo, lo asiste si tiene alguna limitación física, lo aconseja, le advierte al médico cuando considera que algo no va bien!. Llegue hasta ellos nuestro homenaje sincero. (uno de los autores proviene de un padre taxista, hacia él nuestro recuerdo imperecedero).*

*Estos determinantes sociales de la salud pueden ser exhibidos también, con orgullo y sin temor al menosprecio de ningún tipo, junto a los mayores adelantos científicos y los equipos más sofisticados de los países más desarrollados.*

## Ética y trasplantes

*Un nefrólogo asiste a un paciente que recibe tratamiento de hemodiálisis desde hace dos años. Dentro de las opciones terapéuticas posibles le habla al enfermo de la posibilidad de efectuar un trasplante renal con un donante vivo, organiza una conversación con sus familiares más cercanos para orientarlos y conocer su posible aptitud y disposición para donar un órgano. Aparentemente solo hay una posible donante, que es la hermana del paciente, días después esta expresa su conformidad para iniciar los estudios que culminarían en la definición de si resultara apta o no para ser donante. Algunos días después, ya adelantados algunos complementarios, la posible donante le expresa en privado al nefrólogo, que percibe mucha presión y exceso de atenciones por parte de su familia y que ha tenido algunos hechos recientes e imprevistos en su vida, el médico sospecha que podría estarse gestando un proceso de negativa para donar por parte de la hermana, lo que se corrobora algún tiempo después, cuando esta acude de nuevo y le manifiesta que está arrepentida, que ahora no está en disposición de donar, pero que decirle esto a su familia conllevaría un enorme problema, que la haría culpable ante ellos por el resto de su vida. El nefrólogo recuerda que fue él quien inició el proceso y se siente responsable en parte de este conflicto. También conoce las características de esa familia ya bien conocedora del tema y sabe que sin una prueba objetiva no podrá convencerlos y por ende culparán a la joven. Decide indicarle un análisis de orina a la posible donante y le orienta tomar las muestras en los días finales de la menstruación, estas por supuesto estaban alteradas, lo que le produjo la excusa para proteger confidencialmente sus deseos de no donar.*

*Otro caso fue un paciente joven, con una enfermedad renal crónica, que deseaba realizarse un trasplante renal antes de iniciar el tratamiento dialítico. Provenía de una familia bien informada del tema, que ante la imposibilidad de que sus familiares más cercanos pudieran donar, le preguntó a uno de sus médicos por qué no podían considerarse sus tíos, primos y sobrinos como posibles donantes, al momento añadió una nueva interrogante, ¿por qué tampoco su cónyuge o un buen amigo o amiga? El médico meditó un poco y le ofreció una respuesta salomónica pero que gravitó en su conciencia desde*

*entonces y lo estimuló para discutirlo en cuanto lugar se prestara para ello: “Yo tampoco conozco por qué no se permite”*

## **Introducción**

Aunque el tema del trasplante renal (tanto con donante vivo como cadáver), se trate preferentemente en este artículo debido al perfil del trabajo de los autores, en sentido general podría aplicarse a cualquier tipo de trasplante.

La preocupación de Luis Enrique Pérez (nombre del paciente que formuló la interrogante anteriormente citada), recordado por todos los que le conocimos, quien en cierto momento no tenía un donante que pudiera ayudarlo, preguntó una vez por qué no podía contar con un tío o un primo suyos. Él era un miembro de una gran familia. La conversación fue a la altura del año 2003 y motivó a los autores a mantener un slogan durante muchos años, que exponían en cuanta tribuna era posible: *“Tíos, primos, sobrinos y conyugues...., también somos familia”*. Felizmente se hizo justicia y en la actualidad se ampliaron los criterios de donación de órganos en vida, extendiéndose a algunos otros miembros de la familia y personas emocionalmente relacionadas, por supuesto siempre evitando la inaceptable comercialización. Ya se registró la realización exitosa del primer trasplante entre conyugues efectuada en el país y realizada el 2 de marzo de 2016 en el hospital CIMEQ.

## **Desarrollo.**

Los pensamientos, deseos y preocupaciones del paciente, su familia (especialmente los posibles donantes), el equipo de salud y la sociedad pueden ser muy diferentes. A continuación analizaremos las características de cada uno de ellos.

El enfermo que necesita un trasplante fija sus esperanzas en la posible donación de uno de sus allegados y podría meditar:

- Ansío trasplantarme y que no me complique
- Voy a sufrir menos y vivir más

- Me voy a rehabilitar mejor.

En el caso del que espera un donante cadáver también pudiera pensar:

- No sé cuándo será mi trasplante (a diferencia del que tiene un donante vivo)
- Y se pregunta: ¿Existirá equidad en la distribución de los órganos extraídos de un donante cadáver?
- ¿Qué debo hacer para que me prioricen y seleccionen?
- Si el trasplante no resulta exitoso lo más probable que suceda es que regrese a diálisis y no que pierda la vida, vale la pena intentarlo

Los posibles donantes, que ya conocen la posibilidad de donar, pueden también tener diversos pensamientos, como por ejemplo:

- Soy dueño de mis órganos y de donarlos a quien quiero tanto
- Esto me engrandece como ser humano y constituye una oportunidad de demostrarle mi amor, es un acto heroico como otros
- Espero poder donar sin complicaciones
- ¡Cuántas dudas tengo!
- ¿Voy a decidir la donación por sentimientos pero no por conciencia?
- Son varios los posibles donantes (y ojalá no me corresponda a mí).

La familia también está al tanto de la situación y opina de diversas maneras, es solidaria en mayor o menor medida con el que más está sufriendo, hay uno o varios donantes posibles y espera que el equipo de trasplante realice un trabajo impecable.

Si se tratara de un posible donante cadáver pueden surgir diferentes situaciones: En pleno proceso de duelo por la pérdida de un ser querido, la familia tiene que tomar una decisión totalmente altruista y solidaria, el concepto

de muerte encefálica es difícil de aceptar por muchas personas, mientras se observen algunos signos de actividad como los reflejados por el monitor cardiovascular. Una frase muy común: “*Mientras haya vida hay esperanzas*”. Aún la educación sanitaria referida al tema es insuficiente y resulta imprescindible. En este periodo tan sensible pueden surgir quejas más o menos justificadas en el cual se necesita obtener un consentimiento más que informado, educado.

El equipo de salud, interesado en ayudar al enfermo, analiza que son altas la morbilidad (síntomas y enfermedades asociadas) y la mortalidad en diálisis, que los sufrimientos y costos en esta son mayores, por otra parte resulta lastimoso que se pierdan tantos donantes cadavéricos, pero no olvida que el donante vivo está expuesto a riesgos.

El equipo está convencido de que también tiene autonomía y que nadie los puede obligar a realizar un trasplante de cuyos resultados favorables existan dudas, por mucho que lo desee el paciente y la familia. Trata de garantizar que todos realicen su mejor trabajo y no olvida velar para que no se produzcan donaciones de órganos por motivos económicos, bajo ningún concepto.

Si se tratara de un donante cadáver se añade: ¿Cómo garantizar la equidad en la distribución de los órganos? ¿A qué pacientes se deben priorizar? ¿Cómo lograr una metodología justa para declarar que un paciente tiene o no prioridad ante otros para recibir un trasplante? En este último caso, las comisiones que se ocupen de declarar la prioridad o no tienen una enorme responsabilidad sobre sus hombros, incluso de su decisión puede derivarse que una persona sobreviva o muera, por lo tanto deben estar formadas por los profesionales más integrales en todos los sentidos (destacando su formación ética y profesional) y trabajar siempre con la mayor transparencia.

La sociedad también participa de este complejo proceso, por ejemplo puede considerar que si se parte de esperar grandes posibilidades de éxito, la beneficencia es superior a la maleficencia, que el derecho a donar un órgano en vida o después de la muerte es de la propia persona, que durante la demora en la espera del incremento de los donantes cadavéricos, se están produciendo

muerres que probablemente hubieran sido evitables y toma medidas para que se respete la ética. Y constantemente hay que preguntarse: ¿Cómo garantizar que exista justicia en el proceso donación-trasplante?

El trasplante en general y el efectuado con un donante vivo en particular puede generar innumerables situaciones y conflictos éticos. El largo y complejísimo proceso donación-trasplante estará matizado por diferentes momentos y protagonistas, numerosos participantes y una influencia social variada, que hacen imprescindible el logro de una buena ética. Participan del proceso de trasplante el enfermo (posible receptor), el o los donantes, la familia, el equipo de salud y en general la sociedad, con sus leyes y sus costumbres.

Las resoluciones #979 y 857 (Reglamento para la dación y trasplante de órganos y tejidos en donante vivo (ambas del año 2015), ampliaron los criterios de posibles donantes, desde el primer grado de consanguinidad hasta el cuarto grado (incluye padres, hermanos, hijos, tíos y sobrinos) así como los conyugues y los hijos de los conyugues, lo que sin lugar a dudas debe por una parte permitir el incremento del número de trasplantes y por la otra, eleva la necesidad de profundizar y velar por cumplir correctamente todos los requerimientos éticos.

Méndez D, en un artículo publicado en el libro "*Trasplante renal con donante vivo*", plantea una serie de interesantes aspectos que resumimos a continuación:

La ética de los profesionales relacionados con la actividad de trasplante resulta determinante, va desde el logro del consentimiento para donar (en vida o después de ella), hasta su actitud de rechazo ante el lucro como agente promotor de los trasplantes o como elemento que desvirtúa su espíritu altruista, generoso y solidario. Resulta determinante la justicia y transparencia del especialista en la asignación de órganos y la relación del equipo de trasplante-donante-receptor entre muchos otros. Los órganos de donantes cadavéricos no son suficientes para la cantidad de pacientes que están en la lista de espera, ese requerimiento implica que sea necesario impulsar también el trasplante con donante vivo como alternativa terapéutica para salvar muchas más vidas. La donación de vivo solo debe promoverse en los marcos éticos-legales

establecidos en cada país donde impere la voluntariedad y el altruismo del donante, suprimiéndose y penalizando los casos donde el comercio de órganos y los intereses clasistas puedan encontrarse por encima de la ética médica.

Durante la década del 50, el principal dilema ético radicaba en la idea de *“mutilación del cuerpo humano”* considerando que la extracción se hacía de un donante vivo y sano, a fin de trasplantarlo a otro y surgía la interrogante, que aún puede existir: *¿Resulta ético producir una lesión a un sujeto sano con el objetivo de salvar a otra persona?*

En la década de los años 70 se volvió una realidad la donación de cadáver debido a una nueva definición de la muerte cerebral y las técnicas de soporte vital. Se pretendía solucionar así la escasez de órganos. Esto hizo que, junto al desarrollo de los inmunosupresores cada vez más eficaces y seguros, los trasplantes se convirtieran en un arma terapéutica poderosísima. La donación era vista como un acto solidario, generoso, altruista, no comerciable. Entre los años 80 y 90 el problema se centró en la escasez de órganos, la necesidad de desarrollar criterios justos en la distribución, la confección de las listas de espera y la necesidad de crear una organización eficaz para regular todo ello. Los trasplantes requerían una compleja estructura organizativa que abarcara un amplio espacio geográfico y equipos especializados.

En el comienzo del nuevo milenio los problemas éticos radicaban una vez más en la fase experimental que significan los avances científicos de la ingeniería genética, es decir la clonación, las células madres, los órganos artificiales y los xenotrasplantes. Por otra parte las reglas del mercado especulativo, con sus ofertas y demandas lucrativas invadieron el terreno de los actos de limpio humanismo, signadas por las desigualdades sociales, el desempleo y familias por mantener precariamente. La sociedad al tratar de protegerse de estas prácticas nocivas, emitió en 2008, la Declaración de Estambul, allí se establecieron normas internacionales para la atención y seguridad del donante. Los participantes de esta cumbre concluyeron que la comercialización de trasplantes, que tiene como objetivo personas indefensas, el turismo de trasplantes y el tráfico de órganos debía prohibirse.



En un principio la donación efectuada por vivos estaba restringida a personas genéticamente relacionadas, pero los avances en los tratamientos inmunosupresores permitieron expandir el grupo de donantes a aquellos no relacionados genéticamente. Sin embargo, esto ha generado dudas acerca de la motivación de estos. Varios autores defienden como éticamente aceptables los donantes emocionalmente relacionados, ya que las motivaciones de querer ayudar a una persona querida son exactamente las mismas, existan o no lazos genéticos.

Mayor controversia generan los donantes altruistas o “*buenos samaritanos*” que voluntariamente desean donar a una persona desconocida que se encuentre en una lista de espera. Mientras que para algunos está bajo sospecha que exista un trastorno psicopatológico o que las motivaciones puedan ser económicas, otros defienden que en estos casos es cuando realmente no existe ningún tipo de coerción ni presión familiar y que el miedo a la comercialización no debería justificar la exclusión de estos donantes, que podrían ser merecedores de la mayor admiración.

También se ha propuesto otras alternativas controvertidas en el trasplante renal, como son el intercambio de parejas o el intercambio en la lista de espera. Una de las cuestiones éticas que se plantean son si algunas donaciones comprometen en cierta manera el principio de no maleficencia dados los riesgos que debe afrontar la persona que dona, por lo que debería estar reservada para aquellas situaciones en las que no existe otra alternativa aceptable, debido a la escasez de órganos de donantes cadavéricos. También hay que destacar que aunque los trasplantes son muy costosos, en el caso particular del trasplante renal, no solo mejoran la calidad de vida, sino que además tienen un menor costo que las diálisis.

Existen determinadas condiciones éticas para aceptar la donación entre personas vivas:

- Cuando sea la única alternativa. Deben ofrecerse las mejores condiciones técnicas y los equipos quirúrgicos bien entrenados en estas intervenciones.

- El donante tiene que ser un adulto competente que decida por sí mismo sin ninguna presión.
- Brindar información detallada sobre la indicación, los beneficios posibles del trasplante, los riesgos de las complicaciones incluyendo la mortalidad para él y el receptor, considerando el retrasplante por fallo del órgano.
- Consentimiento informado por escrito del donante en presencia del equipo quirúrgico y el comité de ética.
- Someter al donante a una evaluación psicológica.
- No permitir la coacción.
- El donante es el único que puede decidir en un acto libre y con una información adecuada

El consentimiento informado sólo será adecuado al final de todo ese proceso: no pueden considerarse válidas las decisiones tomadas en las fases de sobresalto y sobrecogimiento. Hay que esperar a que el psiquismo se estabilice. Entre la información que siempre hay que dar, está la de informar al sujeto de que nadie puede obligarle a donar un órgano, aunque el receptor peligre por ello, pero que él sí puede tomar libremente esa decisión. También debe informársele de que los médicos dejaran siempre una puerta abierta para que quienes no quieran donar puedan seguir viviendo dignamente en el seno de su familia.

Se han descrito casos como el de una familia donde el receptor tenía varios hermanos dispuestos a donar el riñón sin embargo el seleccionado por el grupo de trasplante porque reunía las condiciones inmunológicas y de salud óptimas, no estaba psicológicamente apto para la intervención quirúrgica, este le expresó a su familia que no quería donar su órgano por miedo ante la cirugía y por preocupaciones estéticas posteriores, lo que trajo como consecuencia la ruptura de las relaciones entre los hermanos.

El equipo de trasplante debe estar preparado científicamente para explicar la causa de la selección de un donante vivo en particular, haciendo énfasis en la importancia de la similitud biológica para el éxito del trasplante y al mismo

tiempo resaltando las condiciones humanas y de solidaridad de todos los que dieron su disposición de donar para salvar una vida.

Existen interrogantes que surgen en el proceso donación-trasplante:

- ¿Resulta suficiente el análisis dirigido específicamente a los principios bioéticos fundamentales: autonomía y consentimiento informado, beneficencia sin maleficencia y justicia, para poder analizar los aspectos anteriormente citados y otros que necesariamente existen o surgirán principalmente durante el trasplante con donante vivo?
- ¿Existe una metodología uniforme entre los centros de trasplante dirigidos por el mismo sistema de salud?
- ¿Quiénes controlan de una forma sistemática que se desarrolle de veras una buena ética?

Los principios bioéticos fundamentales, siempre tendrán un enorme valor. En el presente artículo no se pretende bajo ningún concepto desvirtuarlos, al contrario creemos que resultan imprescindibles, pero su repetida mención en las investigaciones y su uso globalizado, sin tener en cuenta las características económicas, culturales y sociales de cada lugar, no garantizan bajo ningún concepto que se esté desarrollando una buena ética. Los diferentes documentos relacionados con la ética del trasplante, vinculantes (leyes de obligatorio cumplimiento) que son prácticamente inexistentes en muchos países o no vinculantes (por ejemplo, la sentencia de un tribunal militar como fue el Código de Nuremberg) son referencias obligadas para cada país, pero adaptándolos a sus condiciones siempre que no conlleven su violación.

Los autores publicaron recientemente sendos artículos en dos libros de trasplante renal, en los cuales tratan de dar respuesta a las tres preguntas anteriormente citadas, a continuación se ofrece un resumen de estas ideas:

Aspectos que justifican la necesidad de una metodología para garantizar una buena ética en los procesos de trasplante con donante vivo:

- Un consentimiento informado, incluso bien obtenido, incluso actualizado en cada momento durante el proceso, podría no incluir todos los aspectos éticos y por consiguiente no garantizaría una buena ética
- El deseo de cumplir los tres principios fundamentales de la bioética tampoco lo logra. No permite el análisis de numerosos detalles ni una homogeneidad en el tiempo y entre las diferentes instituciones de salud
- Los siete requisitos éticos para una investigación clínica planteados por E. Emmanuel, a los cuales nos referiremos más adelante, pueden adaptarse de una forma particular para analizar también la ética de la asistencia médica, en este caso el proceso donación-trasplante
- La metodología propuesta constituye un intento inicial que puede y debe ser perfeccionada, en la misma medida que su puesta en práctica ofrezca nuevas experiencias

La asistencia médica y dentro de ella el proceso donación-trasplante, constituye una investigación científica en cada paciente, durante el cual se pueden producir violaciones éticas. En la misma medida que avanza la tecnología aplicada a las ciencias médicas, la complejidad de la asistencia aumenta, la población cada vez está mejor informada y la influencia del mercado se incrementa, todo lo cual hace necesario que exista una sólida formación y vigilancia ética que garantice la protección de los sujetos, principalmente los más vulnerables y por supuesto también al medio ambiente.

Los principios de la bioética (autonomía-integridad, beneficencia, no maleficencia y justicia), introdujeron una nueva forma de relación médico-paciente. Independientemente de que en su interpretación y su uso existan aspectos comunes entre la mayoría de los países, ya que se basan en similares principios, cada uno de ellos tiene sus particularidades. En sentido general (con las excepciones de los lugares donde priman el egoísmo y las ilegalidades) existe una coincidencia en varios principios fundamentales como son:

- La vida humana es inviolable, tiene un valor sagrado
- Existe un nexo indisoluble entre la verdad y la libertad
- La ciencia, la técnica y el progreso deben estar al servicio del hombre
- No todo lo que resulta técnicamente posible puede considerarse moralmente admisible
- El fin no justifica los medios
- La regla de oro de la ética: *“Trate a los demás como le gustaría que lo trataran a usted”*

E. Emmanuel, planteó siete requisitos éticos para una investigación clínica. Estos son:

- El valor
- La validez científica
- La selección equitativa de los sujetos
- Que exista una proporción favorable riesgo-beneficio
- La evaluación independiente
- La obtención de un verdadero consentimiento informado
- El respeto a los sujetos inscritos.
- Se ha propuesto añadir un octavo requisito, consistente en lograr un verdadero empoderamiento de los sujetos.

Todos estos aspectos son perfectamente aplicables a los procedimientos médicos, en este caso al trasplante renal, lo que podría permitir un análisis más integral y profundo.

Características generales de estos requisitos:

#### El valor

La asistencia médica y sus investigaciones deben conducir a mejoras en la salud, producir bienestar, generar conocimientos, ser un estudio preliminar para desarrollar una intervención o probar una hipótesis. Se debe justificar el uso

correcto de los limitados recursos económicos, evitar la explotación innecesaria de los sujetos y no exponerlos a riesgos y daños potenciales a menos que se esperen resultados valiosos de beneficio personal y social. La ciencia debe compensar a la sociedad por sus erogaciones para promover la actividad científica.

A criterio de los autores de este artículo, el contexto social del país tiene que estar presente en la planificación, aceptación ética, desarrollo y valor de cualquier investigación o acción médica. En el caso de los trasplantes también resulta muy importante, porque puede influir de una forma decisiva en la participación de los sujetos y en los resultados. El contexto social cubano actual se aborda en otro tópico de este libro.

#### La validez científica

Una asistencia médica o una investigación muy valiosa pueden ser mal diseñadas o realizadas y los malos métodos de investigación invalidan sus resultados. Sin validez el estudio no produce beneficios, ni justifica exponer a las personas a un riesgo.

#### La selección equitativa del sujeto

Resulta muy interesante y complejo analizar a cuál donante se selecciona dentro de varios familiares elegibles como donantes vivos. De igual forma, este aspecto resulta muy importante y susceptible de ser violado en el caso de la selección de un solo receptor dentro de un grupo, muchas veces numeroso, de posibles receptores para un solo órgano de un donante cadavérico. Una selección equitativa de sujetos requiere que sea la ciencia (en toda su amplitud e integralidad) y no otros aspectos, los que dicten a quién incluir o no como posible receptor o donante. A la hora de decidir la selección nunca puede olvidarse el principio básico que es la protección del sujeto. En la selección equitativa de las personas solo deben excluirse estas debido a causas científicas.

#### La proporción favorable riesgo-beneficio

Cualquier medida puede implicar considerables riesgos y beneficios cuya proporción, por lo menos al principio, puede ser imprecisa. Resulta necesario que

los riesgos potenciales sean inferiores a los beneficios potenciales. Este requisito incorpora los principios de no-maleficencia y beneficencia, por largo tiempo reconocidos como principios fundamentales. Es posible que un paciente decida brindar su consentimiento perjudicando sus intereses y bienestar, por lo que se deben establecer límites a los riesgos desproporcionados. Los incrementos leves del riesgo se justifican solo si hay una fundamentación científica superior.

Si los métodos conocidos de tratamiento en el trasplante son ineficaces, el médico, con el consentimiento del paciente puede usar un procedimiento nuevo aún no probado, si a su juicio resulta muy importante para este enfermo para salvar su vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento (denominado tratamiento compasional). Siempre que sea posible, estas medidas deben ser investigadas a fin de evaluar su seguridad y su eficacia. En todos los casos esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno publicada.

#### La evaluación independiente

Los protocolos de trasplante deben ser evaluados por un grupo de personas totalmente independientes del proceder o de la investigación. Estas personas deben ser conocedoras del tema y tener autoridad para aprobar, recomendar correcciones o, dado el caso, suspender el proceder. Una segunda razón para la evaluación independiente es la responsabilidad social. La evaluación independiente del cumplimiento con los requisitos éticos, proporciona a la sociedad un grado mayor de seguridad de que las personas-sujetos serán tratadas éticamente y no como medios u objetos.

En el caso de las investigaciones, la Declaración de Helsinki establece que el investigador debe presentar a los comités de ética de las investigaciones toda la información sobre financiamiento, patrocinadores, u otros posibles conflictos de intereses e incentivos para las personas del estudio y se debe agregar esta información en el documento de consentimiento informado. En la asistencia médica, en este caso el trasplante renal, todos estos aspectos económicos son inadmisibles y requieren una prevención y vigilancia constante para que no aparezcan y proliferen.

No puede soslayarse el tema de que en muchos países la medicina ha dejado de ser una expresión de vocación de servicio para convertirse en un lucro. En muchos lugares las reglas cambian del mundo de las ciencias al mundo de los negocios. Resultaría inconcebible e inaceptable que se acepte algún beneficio material individual derivado de la atención diferenciada o privilegiada a un determinado paciente.

El creciente desarrollo de la industria farmacéutica, así como su ingreso al mercado mundial, desvirtuó el objetivo fundamental de muchas investigaciones clínicas, ascendiendo al primer escaño la venta del producto y quedando marginado el beneficio al ser humano. Todo esto favorece la existencia y crecimiento de los conflictos de intereses. Estos pueden ser evidentes o solapados. La trasplantología no está exenta de este peligro por la necesidad continua de introducir nuevas técnicas, medicamentos y recibir codiciosos entrenamientos, muchas veces patrocinados por las compañías.

#### El consentimiento informado (CI)

La obtención de un verdadero CI constituye un aspecto ético esencial en toda investigación. Su finalidad es asegurar que los individuos participan en la acción propuesta sólo cuando ésta es compatible con sus valores, intereses y preferencias; y lo hacen voluntariamente con el conocimiento necesario y suficiente para decidir con responsabilidad sobre sí mismos. Los requisitos específicos del CI incluyen la provisión de información sobre la finalidad, los riesgos, los beneficios y las alternativas, una debida comprensión del sujeto de esta información y de su propia situación, y la toma de una decisión libre, no forzada sobre si participar o no.

Ni el procedimiento ni los modelos de consentimiento informado, en sentido general garantizan el empoderamiento del sujeto investigado ni el logro de un paciente totalmente educado en relación con la investigación o proceso asistencial del cual formará parte.

Como se reflejó en otro de los artículos de este libro, el profesional debe informar de un modo serio, bien fundamentado y responsable, con un lenguaje acorde a la comprensión del sujeto al que se le solicitará su consentimiento, explicarle las



alternativas, tener en cuenta sus intereses, sus motivaciones, sus creencias, sus temores, las posibles presiones externas que lo coaccionen, realizando preguntas de retroalimentación y volviendo a explicar todo de nuevo cuantas veces fuera necesario. Las personas comparan los riesgos y los beneficios por si mismas para decidir si uno excede al otro, este aspecto debe desarrollarse como un criterio más de empoderamiento.

#### El respeto a los pacientes (sujetos, no objetos)

El compromiso del equipo de trasplante con la pareja donante receptor, no solo con este último, siempre debe estar presente y debe ser incluso de por vida, incluso con las familias implicadas en el proceso donación trasplante cuando enfrentaran problemáticas relacionadas con este proceso.

Los requisitos éticos no concluyen cuando los individuos brindan su CI. El respeto a los sujetos implica varias cosas:

- a) El respeto incluye permitir que el sujeto cambie de opinión, a decidir que la investigación o proceder médico, no concuerdan con sus intereses o conveniencias y a retirarse sin represalias ni sanciones de ningún tipo
- b) La reserva en el manejo de la información debe ser respetada con reglas explícitas de confidencialidad
- c) La información nueva y pertinente producida en el curso de la investigación debe darse a conocer a los sujetos
- d) Deben ser informados sobre todos los resultados
- e) El bienestar del sujeto debe vigilarse cuidadosamente en todo momento.

La salvaguarda de la confidencialidad es un término que hay que verlo en el contexto social y personal de cada sujeto, tanto en la asistencia médica como en las investigaciones.

Los datos pueden ser considerados más o menos privados, o más o menos sensitivos para las diferentes culturas, por lo tanto el profesional no puede arrogarse el derecho a decidir qué considera confidencial o no y debe ser mucho más explícito a la hora de obtener el CI para poder establecer el criterio del

sujeto investigado, no limitarse a expresar en el protocolo "*que no se reflejará la identidad del paciente en determinados documentos que puedan permitir su identificación y los resultados solo se divulgarán en los medios científicos especializados si se decidieran publicar*". Nos preguntamos *¿Y los artículos publicados en medios especializados de Internet, que están al alcance de millones de personas?*, estos aspectos creemos deban ser tenidos en cuenta, incluso para investigaciones descriptivas retrospectivas en las que solo se trabaje con historias clínicas o en pesquisajes de una determinada situación en las que no se tomen los datos de identidad de las personas, pero sí se divulgarán datos del medio al que pertenecen, donde viven y que quizás consideren inconveniente que se conviertan de conocimiento público, por lo que el criterio de confidencialidad que tiene el sujeto investigado también resulta decisivo. Por ejemplo, un dato obtenido en una investigación médica pudiera ser empleado con resultados negativos para las personas investigadas, si fuera de conocimiento de una empresa empleadora o aseguradora, incluso para las relaciones interpersonales.

Garantizar el rigor científico de la asistencia médica y las investigaciones también constituye una manifestación imprescindible de respeto a los participantes.

Los comités de ética deben supervisar estos aspectos y a su vez deben incentivar el interés del paciente por los resultados y el futuro del tratamiento, como expresión de un verdadero consentimiento educado, de empoderamiento de los sujetos y del respeto de los profesionales por ellos. La bioética debe estar al alcance del individuo común, existe el riesgo de que en ausencia de la generalización de tales conocimientos, los marcos regulatorios parezcan abstractos y por lo tanto ser fácilmente olvidados. La falta de conocimiento de la ética por los profesionales de la salud y la población, hace que en ocasiones se excedan las precauciones o no se tengan en cuenta los verdaderos riesgos.

En resumen, el proceso de donación y trasplante, posee una enorme complejidad biológica, psicológica y social. Nadie está exento de tener que participar de una forma más o menos directa de este proceso en algún momento de su vida, por lo que la comprensión de sus aspectos éticos resulta

imprescindible, entre otras cosas porque fácilmente pueden violarse. Sin negar la gran importancia de los tres principios fundamentales de la bioética, los que continuamente se citan cuando se analizan los aspectos éticos, a nuestro modo de ver se necesita una metodología práctica de operaciones, evidentemente los conceptos generales pueden tener disímiles interpretaciones. Ir de la teoría a la práctica, para tratar de homogenizar sus interpretaciones y aplicaciones. Se propone una metodología de evaluación ética del proceso de trasplante renal con donante vivo y con donante cadáver, la cual, con su aplicación en la práctica y su necesario perfeccionamiento pudiera permitir el logro de una mejor ética, más homogénea entre los diferentes momentos e instituciones y con una herramienta de evaluación más objetiva e integral y de mayor valor documental.

## La perversión de las buenas prácticas y de los científicos en las investigaciones clínicas

**Todo aquello que está debajo de la tierra, el tiempo lo sacará a la luz del sol**

**(Quinto Horacio Flaco, 65 a.C-27 a.C.)**

*En uno de los capítulos de un famoso serial transmitido por la TV, se mostraba una situación que la pudiéramos denominar “El conflicto de la íntegra Dra. Baylei”. Se trataba de un niño de unos 10 años con una agranulocitosis (es decir sin glóbulos blancos, células imprescindibles para que el organismo se defienda de las agresiones por los agentes infecciosos), motivo por el cual vivía aislado en una campana sintética transparente y había recibido múltiples tratamientos infructuosos. La doctora propuso un tratamiento experimental basado en el virus del SIDA modificado, los padres no lo aceptaron pese a la insistencia de la Dra. y esta decidió administrárselo en secreto. El enfermo mejoró ostensiblemente, pudo salir del aislamiento y jugar con otros niños. Posteriormente la doctora decidió informárselo a los padres. Estos se irritaron y la demandaron, existía el riesgo de la inhabilitación del título, incluso de la cárcel. Días después decidieron retirar la demanda.*

### **Introducción**

Los profesionales de la salud presumiblemente estarían educados y solo se desempeñarían en hacer el mayor bien posible, no solo en la asistencia médica sino también en las investigaciones con los seres vivos, incluso con el medio ambiente. En el caso de los seres humanos, bajo ningún concepto el fin justificaría los medios, si para obtener un resultado científico, por importante que fuera, hubiera que dañar a los sujetos (nunca considerarlos objetos) sometidos a la investigación. Si a esto se le añade, por ejemplo, que los objetivos del estudio sean para fines genocidas, políticos, discriminatorios o para satisfacer espíritus sádicos y asesinos, se justificaría todo el esfuerzo que se haga para impedirlos. Cualquier acción pasa primero por el conocimiento, si nos preguntamos cuánto conocemos o conocen nuestros hijos o alumnos sobre

las atrocidades médicas quizás nos sorprendamos de que en muchos casos si se tiene, es una idea muy general.

Con frecuencia, grandes violaciones de las buenas prácticas se inician por “*pequeñas*” violaciones de sus protagonistas, que van degenerando e incrementan el número y la gravedad de los hechos, incluso contaminan con su mal ejemplo a los que los circundan, algo muchísimo más grave si se trata de alumnos. Entonces resulta obvio que no se debe permitir ni la más pequeña de las malas hierbas, no solo con control y corrección, sino mucho más importante, con acciones preventivas que resulten de la formación correcta de valores éticos en todo el colectivo.

En un popular serial televisivo, “*El Dr. House*”, este y su equipo atendieron a un presidente de otro país, se decía que era un dictador asesino y un “*diablo*”, equivocaron ex profeso el diagnóstico para que muriera. ¡*Vaya que mensaje más negativo!* Los médicos no pueden juzgar, atribuirse el papel de jueces constituye una violación ética muy grave. Hay que dejar a un lado los criterios personales y los prejuicios cuando se atienden pacientes.

Los crímenes de los médicos nazis, la guerra biológica y las violaciones éticas en las investigaciones son ejemplos importantes de tan grave problemática, de la cual ningún ser humano está exento de sufrir y hacia estos tres aspectos va dirigido el presente artículo.

Los crímenes de los médicos nazis, que han sido los más difundidos (no son ni con mucho los únicos crímenes médicos), se conocen poco y existe el temor que por irresponsabilidad, insensibilidad o ingenuidad, pudieran ser olvidados, como si esta criminal ideología hubiera desaparecido para siempre al igual que otras, aunque más solapadas, no por ello menos peligrosas. Precisamente todos los que trabajan o estudian la honrosa profesión relacionada con la salud, deben ser sus mejores conocedores, como se verá más adelante quizás muchos de los que cometieron grandes errores en sus inicios tenían ideales de servir correctamente a la humanidad, pero fueron degradándose hasta llegar al denigrante calificativo de criminales. Conocer cómo pensaban, cuál era la ideología de estos personajes, resulta imprescindible para poder prevenir y enfrentar situaciones similares donde quiera que se presenten.

La guerra biológica ha sido condenada en el mundo entero pero las principales potencias o la han utilizado o cuentan con las investigaciones y el arsenal para hacerlo, este tipo de agresión, a diferencia de las bombas, no causa daño a la propiedad, son invisibles, pero son imprevisibles, por ejemplo el aire las puede llevar a cualquier parte. Resulta muy amargo que un profesional de la salud, que probablemente inició sus estudios con el objetivo de servir a la humanidad, corrompa sus esfuerzos y su mentalidad y los desvíe a investigar y producir armas biológicas, como se verá más adelante.

En la misma medida que avanza la tecnología aplicada a las ciencias médicas, las investigaciones son cada vez más numerosas, la complejidad aumenta, la población cada vez está mejor informada y las influencias del mercado se incrementan, todo lo cual hace necesario que exista una sólida formación y vigilancia ética que garantice la protección de los sujetos, principalmente los más vulnerables y por supuesto también proteger al medio ambiente. Frei Betto expresaba: *“el conocimiento esta mercantilizado: En las universidades tiene importancia la investigación capaz de producir patentes con valor comercial”*. El premio Nobel de Medicina, Richard J. Roberts dijo: *“Los fármacos que curan no son rentables y por eso no son desarrollados por las farmacéuticas, que en cambio, si desarrollan medicamentos “cronificadores” que sean consumidos de forma serializada”*

El objetivo del presente artículo es alertar a las personas que trabajan no solo en la salud sobre esta temática, en el espacio reducido que permite una publicación, resulta muy importante para todos los alumnos y sus profesores incluso de otras profesiones como las humanísticas, porque es un problema de incalculable gravedad que nos atañe a todos.

Si los lectores sienten y comprenden que conocer las atrocidades médicas (que muchas veces sus protagonistas inician por *“pequeñas”* violaciones), para evitar la ingenuidad, su repetición y no violar las buenas prácticas, resultan imprescindibles para la supervivencia de la especie humana y con ello motivamos aunque sea un poco a su estudio, prevención y enfrentamiento, los fines de esta publicación estarán totalmente obtenidos.

## **Desarrollo**

El inicio de este artículo fue con una situación médica conflictiva, que pudiéramos considerar una “*violación no tan grande*” de las buenas prácticas si las comparamos con otras atrocidades. Los autores indagaron la opinión que tenían algunos de sus grupos de alumnos al respecto y realizaron una encuesta sobre este conflicto.

De los médicos que iniciaban su residencia en diferentes especialidades:

- 60% opinó que la conducta de la Dra. no fue correcta
- 40% opinó que le hubieran administrado el medicamento aun en contra de la voluntad de los padres

De los asistentes a un curso de buenas prácticas integrado por diversas profesionales de la salud (de mayor promedio de edad que los anteriores):

- 39% opinó que la conducta de la Dra. no fue correcta
- 61% opinó que le hubieran administrado el medicamento aun en contra de la voluntad de los padres

A nuestro modo de ver, el paternalismo que aún persiste en mayor o menor grado en la atención médica (quizás directamente proporcional a la antigüedad como profesionales), resulta la base para que un porcentaje nada despreciable opte por la administración del producto en contra de la voluntad de sus padres.

En la historia referida, los padres al ver tan bien a su niño retiraron la demanda, pero entonces les preguntamos a nuestros alumnos y con todo respeto a usted, querido lector, para que en la intimidad de su lectura le dé respuesta si así lo considera:

- ¿Y si el niño hubiera muerto?
- ¿Y si se hubiera complicado varios días después?
- ¿Y por qué no preguntar el criterio del niño?
- ¿Quién sabe los que es mejor para el paciente? ¿El médico instruido? ¿El paciente y su familia bien educados (no solamente instruidos) en relación con su enfermedad?

- Existen normas y leyes, vinculantes, pero: ¿Qué garantiza que los que la incumplen tienen propósitos sanos como los de la Dra. Baylei?

En uno de los artículos de este libro se trató también el siguiente aspecto. Está establecido que si los métodos conocidos de tratamiento son ineficaces, el médico, con el consentimiento informado (CI) del paciente puede usar un procedimiento nuevo aún no probado, si a su juicio resulta muy importante para este enfermo para salvar su vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento (denominado tratamiento compasional). Por supuesto no resulta igual una medida de efectividad comprobada que una experimental.

La epidemia de ébola, vencida en el año 2015, constituyó un reto para el mundo y fue un ejemplo de colaboración internacional en el cual Cuba tuvo una destacada y reconocida participación. La mayor esperanza era contar con una vacuna para administrarla, lo que se hizo de una forma urgente, sin haber incluso concluidos los estudios correspondientes a un ensayo clínico, porque se consideró que la gravedad de la enfermedad y sus terribles consecuencias lo justificaba, algo totalmente lógico y que fue aprobado por el mundo entero, el principio de justicia constituyó su base, sería uno de los ejemplos excepcionales en que el fin justificaría los medios. La vacuna se administró de una forma por supuesto gratuita. La evaluación ética que justificó su empleo, fueron considerarla bajo las mismas premisas de un tratamiento compasional (el que se emplea en pacientes con una enfermedad terminal sin otras posibilidades terapéuticas, aun cuando no se haya culminado un ensayo clínico, pero que ofrece la única esperanza) así como bajo el principio de justicia, por la amenaza que representaba para toda la humanidad. Tampoco puede negarse el hecho de una forma ingenua, de que constituyó una magnífica oportunidad para las compañías productoras de probarlas rápidamente en la práctica, pasando por alto numerosos pasos bien establecidos en las buenas prácticas y más aun, en una población bien lejana de la existente en los lugares donde se producía la vacuna.

Entonces continuamos con las interrogantes:

- ¿Alguien puede afirmar que en la muy pobre selva de Guinea Conakry (lugar bien conocido por uno de los autores de este artículo,



en el que realizó trabajo médico en la década del 80 del pasado siglo y donde se inició la epidemia de ébola), estaban todos los habitantes educados para un obtener un buen CI, que aprobara el uso de la vacuna experimental?

- Los continuamente citados principios de la bioética, tan imprescindibles, importantes y humanos, se adaptan muy bien a los países anglosajones y en general a todos los países desarrollados, pero:
- ¿Podrá la pobreza permitir una verdadera autonomía, cuando en la gran mayoría de los que la sufren, y es la situación de los habitantes de Guinea Conakry, ni existe un nivel educacional ni otras posibilidades materiales, más allá de las que le brindan los países ricos, para poder ejercer una verdadera autonomía, cuya expresión sería un verdadero consentimiento educado y no el ficticio que continuamente se cita incluso en los países más poderosos, porque en muchos casos su esencia fundamental al obtenerlo es que constituya un respaldo legal a la acción que se emprenderá y no la expresión sana de la autonomía de los pacientes?

La creciente mercantilización de la ciencia es algo que resulta indiscutible, por ejemplo, las compañías como gestoras del conocimiento derivado hacia el consumo: Un congreso en un país pobre, le envían gratuitamente un profesor distinguido, una autoridad mundial en un tema, allí habla sobre las bondades de un recurso terapéutico muy novedoso, y dice: *¡Qué bueno poderlo probar en este medio!*, todos entusiasmados, invitan a algunos a un evento en otro país, *¡qué compañía más buena!*, envían la primera remesa gratuita, quizás aún no ha terminado el ensayo clínico, *¡pero qué bueno tener la posibilidad de terminarlo en este país con comités de ética de las investigaciones tan complacientes, no como el de mi país tan desarrollado pero a su vez tan rígido!*. Entonces el país pobre introduce el recurso, ya hay un grupo de profesionales comprometidos, con conflictos de intereses, inconscientes o conscientes (porque se percataron de que el producto no es tan bueno o les preocupa que no esté terminado el ensayo clínico y no existe seguridad

suficientemente comprobada para su uso), brinda los datos para terminar el ensayo clínico y se queda “*enganchado*” para, a partir de ahora comenzar a pagar por este recurso.

Otro ejemplo, los autores participaron en una conferencia reciente, cuando casi terminaban este libro, sobre las bondades reales de un magnífico equipo, diagnóstico y terapéutico, el disertante, profesional empleado por la firma productora, refería que en su país y en otro, también de mucho desarrollo no se permitía el uso amplio del equipo con fines de tratamiento hasta que no se culminaran los ensayos clínicos que pudieran aún tardar años, sin embargo, otros países en vías de desarrollo, con otros problemas sanitarios y con agencias reguladoras menos rígidas habían extendido su uso a otras enfermedades con buenos resultados, casi emocionado refería que los países pobres estaban más adelantados en este aspecto que los más ricos. ¡*Qué orgullo!*, entonces.... a comprarles más equipos y además realizar los ensayos clínicos gratuitamente y sin exponer la población de los poderosos a riesgo.

### **Los crímenes médicos nazis**

(Datos y fotos tomados de “Los juicios de Nuremberg contra los médicos: <http://medicinayholocausto.blogspot.com/los-juicios-de-Nuremberg-contra>” y de “Medicina en la era nazi: <http://www.yadvashem.org>”)

Con solo observar los títulos de algunas leyes relacionadas con la eugenesia y la eutanasia en la Alemania Nazi, se patentiza como los principios éticos fueron totalmente burlados, estos son:

- El permiso para destruir la vida indigna
- La Ley de Protección de la Sangre y el Honor Alemán
- Ley de defensa de la Salud Genética del pueblo alemán
- La profilaxis de la descendencia con enfermedades hereditarias
- El decreto para censar a los niños con retraso mental y deformidades físicas (menores de tres años)

Aparejado a ello crearon una pseudociencia, la eugenesia e higiene racial. La eugenesia es una filosofía social que defiende la mejora de los rasgos hereditarios humanos mediante varias formas de intervención. Históricamente, la eugenesia ha sido usada como una justificación para las discriminaciones coercitivas y las violaciones de los derechos humanos promovidas por el estado, como la esterilización forzosa de personas con defectos genéticos, el asesinato institucional y, en algunos casos, el genocidio de razas consideradas inferiores.

A continuación, se señalan algunos ejemplos de la concepción bioética nazi, sus ideólogos expresaban:

- El intervencionismo biológico: Un buen gobierno debe asumir las enseñanzas y advertencias de la biología, y desarrollar o fomentar programas destinados al mejoramiento biológico de la humanidad, interviniendo en el proceso selectivo como un granjero con sus cultivos
- La apariencia humana puede no implicar humanidad: Los judíos se parecen mucho a los humanos, pero son resultado de otra evolución. No bastan los signos externos de humanidad para que ésta pueda ser manifestada
- Eugenesia individual y social: En concordancia con las enseñanzas y advertencias de la ciencia, la humanidad debe ser depurada de sus elementos biológicamente contraproducentes (enfermedades hereditarias, defectos congénitos), por la vía de su esterilización, voluntaria o forzosa, o inclusive de su eliminación física (la muerte).
- La medicina moderna iría en contra de las leyes de la evolución. No permitiría la selección natural
- Uso de la crianza selectiva para mejorar la calidad genética de una especie
- Hay que depurar la especie humana de contaminaciones

Llegaron a plantear que existían vidas que no merecían la pena ser vividas (eran caparazones humanos, existencias lastre), la siguiente figura ilustra esta frase.



El Dr. Fritz Klein. Médico de las S.S., escribió: *“Por respeto a las vidas humanas, extirparé el apéndice infectado de un enfermo y trataré la apendicitis. El judío es la apendicitis en el cuerpo de Europa”.*

La importancia que le confería el nazismo a los médicos están reflejadas en esta frase de Hitler, aquí aparece retratado con un grupo de médicos:



*“Me puedo pasar sin abogados, sin ingenieros, sin constructores, pero sin vosotros, los médicos nacionalsocialistas, no me puedo pasar ni un solo día ni una sola hora. Sí me falláis todo está perdido. ¿Para qué sirve nuestra lucha, si la salud de nuestro pueblo está en peligro?”*

El principal encargado de la educación ideológica Alfred Rosenberg, expresaba:

*“Estamos convencidos de que las leyes eternas de la naturaleza son apropiadas para la conservación de los sanos y no de los enfermos y que la intención de alimentar a un enfermo a cuenta de un sano va en contra de todas las leyes de la naturaleza, y del sentir moral alemán. El crecimiento salvaje del número de enfermos mentales y de idiotas es el resultado de la selección antinatural y de un humanismo equivocado”*

Para que pueda observarse como iban creando la mentalidad de los niños que sostendrían en su adultez tan macabra idea, se ejemplifica con algunos de los problemas de matemáticas que se les encomendaba resolver a los escolares:

- Construir un manicomio cuesta 6 millones de marcos alemanes. Si construir una casa cuesta 15,000 marcos ¿Cuántas casas se podrían construir con lo que cuesta construir un manicomio?
- Mantener toda la vida a una persona con una enfermedad mental cuesta 4 marcos al día, a un mutilado 5.50 marcos, y a un criminal 3,50. Según ciertos datos puede haber al menos 300,000 enfermos mentales y epilépticos. ¿Cuánto cuesta mantener a todas estas personas a un razón de 4 marcos por día? ¿Cuántos préstamos de 1000 marcos cada uno, se podrían dar a las familias cuando fueran a casarse, con ese dinero?

No se debe subestimar a la medicina nazi, esta no era primitiva ni carecía de fundamento científico ni preventivo de las enfermedades, únicamente hacía un mal uso de los conocimientos científicos. En Alemania en la época del ascenso del III Reich ya se pensaba muy acertadamente que el cáncer dependía principalmente de la dieta, del ambiente y del trabajo desfavorable, de los estilos de vida inadecuados y de la estructura genética. El siguiente afiche de la época ilustra estos planteamientos



Igualmente justificaban su política criminal identificando a otros lugares que también realizaban cosas inadecuadas, el siguiente cartel titulado “*No estamos solos*” (año 1936, póster de la legislación de la esterilización), se refería a que 28 estados en Estados Unidos tenían leyes al respecto, que permitieron esterilizar a 15,000 personas hasta el año 1930 por ser deficientes mentales, portadores de enfermedades hereditarias, esquizofrénicos, sordos y ciegos congénitos, con una psicosis maníaco-depresiva, epilépticos, con corea, alcohólicos y a los mestizos.

Los nazis consideraban que la eutanasia era una solución compasiva a un problema doloroso, serían enfermos genéticos los esquizofrénicos, los epilépticos, los maniaco-depresivos, los ciegos y con sordera genética, los alcohólicos crónicos, los dementes seniles, los paralíticos, los sifilíticos y todos aquellos con signos de retraso mental y de deformidades físicas. En el Programa de Eutanasia fueron asesinados 70,000 alemanes.

Opinaban que la eutanasia de los niños eran "*matanzas de misericordia*". Los niños sentenciados a muerte eran trasladados a uno de los 20 departamentos de hospitalización especiales. La muerte se llevaba a cabo por inanición o por medio de una sobredosis de barbitúricos. Cerca de 5,000 niños fueron asesinados hasta el fin de la II Guerra Mundial. La función de los galenos era crear un ambiente médico tranquilo y relajante, efectuar la revisión y registro de los datos de los enfermos, abrir las llaves del gas y emitir los certificados de

defunción falsos (se le informaba a la familia que habían fallecido de causa natural).

Los médicos nazis también realizaron experimentos de esterilización, genéticos y raciales, todos pseudocientíficos, por ejemplo los realizados sobre enanos, gemelos y gitanos con el fin de demostrar una serie de teorías sobre las características diferenciales según las razas. Efectuaron vivisecciones, inyección de sustancias en los ojos y extracción de órganos, el sufrimiento de las víctimas indudablemente fue enorme.

Algunos ejemplos de los eufemísticamente llamados experimentos fisiológicos fueron:

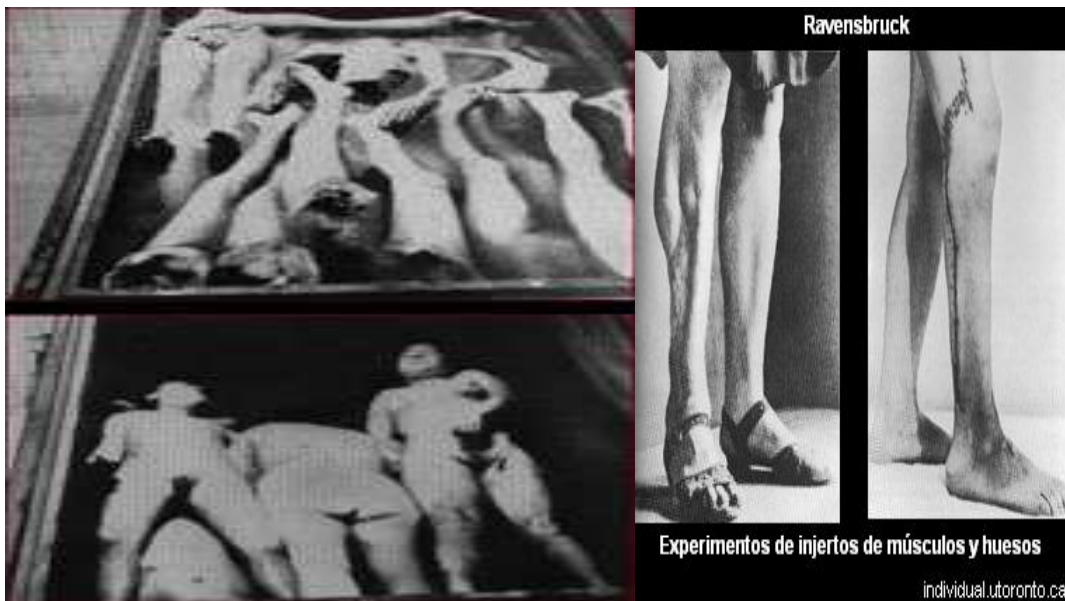
- Conocer la influencia de la altura, la presión, la supervivencia, la adaptación y el tratamiento de los expuestos a temperaturas y situaciones fisiológicas extremas. Se incluía lanzar a los cautivos desde un avión para calcular la relación entre la máxima altitud desde la cual se lanzaran sin paracaídas y las lesiones resultantes.
- Experimentos con agua de mar. Su objetivo era examinar la posibilidad de salvar seres humanos obligados a permanecer en el mar, sin comida ni agua

Las dos fotos que se muestran a continuación constituyen una muestra de estos experimentos.





Con el objetivo de poder mejorar los métodos de curación de las heridas de guerra que sufrían los soldados alemanes, realizaron experimentos de regeneración de nervios, músculos, huesos y trasplantes. En los seres humanos prisioneros, cual conejillos de india, se extirparon fragmentos de huesos, músculos y nervios para estudiar la regeneración de los tejidos y también se llevaron a cabo trasplantes de órganos completos. Se ilustran a continuación:



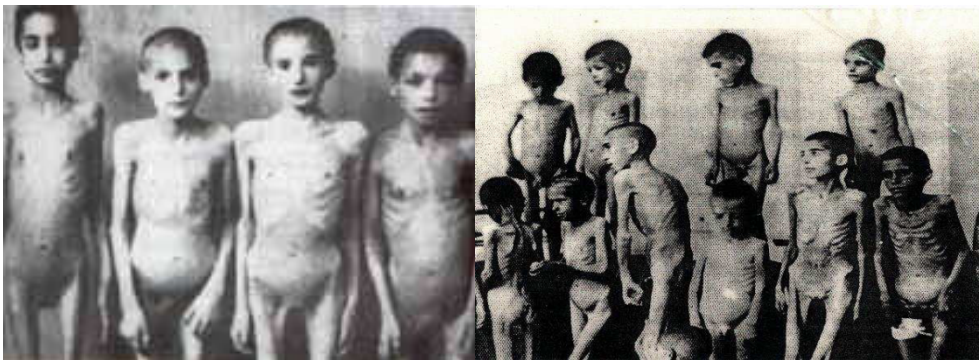
Mengele utilizó a enanos y mellizos en Auschwitz para realizar experimentos genéticos y raciales. Realizó exámenes clínicos, análisis de sangre, radiografías, y medidas antropométricas, cuyo propósito era encontrar una



razón genética del nacimiento de mellizos, con el fin de poder duplicar la raza aria. Las siguientes imágenes se relacionan con estas atrocidades.



Como estaba fascinado por los ojos azules, constantemente les inyectaba colorantes a los gemelos que tenían el iris de color diferente. Hacía transfusiones de sangre entre diferentes gemelos, les inyectaba en las venas diferentes gérmenes letales, fenoles, cloroformo, nafta e insecticidas. A unos jóvenes les extirpaba las venas de las extremidades. Supervisó una cirugía en la que dos gemelos fueron suturados para crear siameses. Eran frecuentes las cirugías en la columna vertebral sin anestesia.

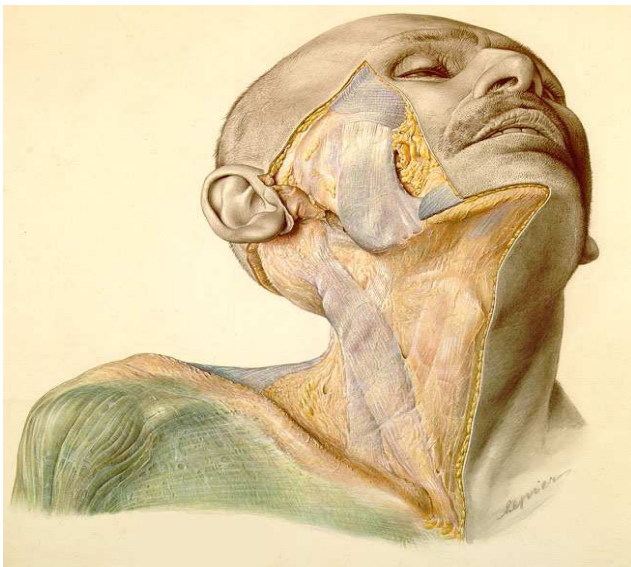


Se realizaron investigaciones antropológicas en esqueletos de judíos, para demostrar su inferioridad racial según la forma de los mismos. Para el experimento, fueron seleccionados 115 hombres sanos, que fueron asesinados en una cámara de gas y sus cuerpos fueron enviados a la Universidad de

Estrasburgo para demostrar que el judaísmo y el comunismo estaban incrustados en la estructura del esqueleto.



Se realizó un inhumano uso de seres humanos con fines docentes y se realizaron cirugías innecesarias por los estudiantes de medicina. Igualmente se efectuó un estudio de la influencia del miedo sobre el ciclo menstrual de las mujeres que después eran asesinadas, se utilizaron los cadáveres de condenados y opositores (Viena) para la realización de un atlas de anatomía (Pernkopf).



Al final de la guerra 23 médicos fueron juzgados, 9 fueron encarcelados, 7 condenados a muerte y 7 absueltos, a continuación una fotografía de esos momentos.



Sin embargo cabría preguntarse si con ello fueron castigados todos los médicos responsables de tan horribles crímenes. La doble vida de algunos médicos nazis, los hizo sobresalir en la ciencia universal y aún muchas enfermedades llevan sus nombres. Muchos se preguntan si resulta justo seguir manteniendo un epónimo que reconoce la labor de un médico criminal, algo que tiene pendiente de análisis la comunidad médica.

Sin embargo también hubo muchos profesionales que tuvieron el valor de mantener los nobles principios, por ejemplo Gisella Perl, ginecóloga judía húngara deportada a Auschwitz, donde trabajó como médico sin ningún medio a su disposición, allí realizó abortos a mujeres gestantes (sin anestesia, ni equipamiento) ya que estas eran un objetivo predilecto de los experimentos de Mengele (con agresiones de todo tipo, vivisecciones y cámara de gas). Conseguía que las mujeres volvieran pronto al trabajo y que los nazis no supieran que estaban embarazadas. A continuación se muestra su fotografía a manera de un sencillo homenaje.



Otro ejemplo inolvidable fue el del Dr. Janusz Korczak, médico judío, pedagogo y escritor de literatura infantil que dirigió el orfanato del gueto de Varsovia. A pesar de no estar obligado, acompañó a 192 niños de esta institución al campo de exterminio de Treblinka, corriendo el mismo destino que ellos. A continuación su fotografía y un impresionante monumento que perpetúa este recuerdo.



Hubo ideas muy ingeniosas como la epidemia de tifus inventada por los Dres. E. Lazowski y S. Matulewicz (la bacteria que salvó vidas). El Dr. E. Lazowski dijo: *“Yo no era capaz de pelear con un arma o con una espada, pero encontré una forma de asustar a los alemanes”*. Inoculaban reactivos con bacterias tipo proteus OX19, al realizarse los análisis de sangre se mostraban resultados falsos positivos al tifus a pesar de que el paciente no tuviera la enfermedad. Se engañaba a los alemanes diciendo que había múltiples casos de tifus, con lo que se evitaba el traslado de muchas personas hacia los campos de exterminio en masa.



También debe destacarse que hubo estudiantes de medicina que se opusieron a tan horrendos crímenes, algunos fueron ejecutados como Sophie y Hans Schol, Willi Graf, Jurgen Wittgenstein, Alexander Schmorell, Traute Lafrenz y Cristoph Probst



Hans y Sophie Scholl, y Christoph Probst, miembros de la Rosa Blanca, ejecutados por su participación en la resistencia contra el régimen

El fin no justifica los medios, por lo tanto resulta inadmisibles que los resultados de investigaciones criminales sean utilizados con fines científicos, sea cual fuera su valor, esto ha sido repudiado por toda la humanidad.

### **Las enfermedades, la biología y la guerra**

Esta relación se puso de manifiesto desde tiempos inmemoriales. Hace más de dos milenios los arqueros hundían las puntas de las flechas en el estiércol y en cadáveres putrefactos. La viruela, el sarampión, la gripe, el tifus, la peste bubónica y otras enfermedades endémicas de Europa jugaron un papel decisivo en la conquista de los pueblos de otros continentes.

Las enfermedades introducidas en América se propagaron de una tribu a otra antes que los europeos y causaron la muerte a 95% de la población indígena precolombina. En Perú ( año 1532) una epidemia de viruela mató al rey y a gran parte de la corte, Pizarro pudo colonizar porque aprovechó la guerra civil por el trono entre Athualpa y su medio hermano Huáscar, capturó al primero y recibió un gran rescate en oro pero lo ejecutó posteriormente. Se entregaban mantas infectadas con viruela a los indígenas, mientras que a su vez la malaria, la fiebre amarilla y otras enfermedades tropicales fueron un gran obstáculo para los colonizadores.

También la triada enfermedad-biología-guerra ha sido empleada para guerras justas, contra enemigos desproporcionadamente más poderosos y sin utilizar ningún método de guerra biológica. Souza B, en su libro "*Máximo Gómez, El Generalísimo*", apunta que este glorioso combatiente hacía que el enemigo los persiguiera hasta la Ciénaga de Zapata, donde existía un ambiente agresivo para los españoles, lo que según cuenta le permitió expresar que sus tres mejores generales eran los meses de junio, julio y agosto, y sus mejores batallones lo constituían el vómito negro, el paludismo, la disentería amebiana y el clima.

Los soldados británicos durante las guerras con Francia y la India, como también se reflejó anteriormente, hacían llegar mantas contaminadas con

viruela a sus enemigos. Durante la segunda guerra mundial, Japón introdujo moscas infectadas en China y mataron a miles de personas. También realizó experimentos similares a los nazis, infectó a prisioneros e hizo disecciones de seres humanos en vida.

La guerra bacteriológica ha sido condenada en el mundo entero pero las principales potencias o la han utilizado o cuentan con las investigaciones y el arsenal para hacerlo, también es un arma potencial y relativamente fácil de adquirir por cualquier terrorista.

A continuación se hace un resumen de diferentes aspectos publicados en el libro "*Guerra bacteriológica*", de tres profesionales del periódico New York Time: Miller J (corresponsal), Engelberg S (redactor) y Broad W (especialista en temas científicos). Estos tres autores escribieron que la guerra biológica, a diferencia de las bombas, no causan daño a la propiedad, son invisibles, pero son imprevisibles, por ejemplo el aire las puede llevar a cualquier parte. Las bombas serían el arma de los ricos, las armas biológicas pudieran ser la contrapartida de los pobres.

En el año 1951 se produjo de forma secreta la difusión de bacterias "*inofensivas*" en San Francisco y el metro de New York para demostrar la capacidad de los agentes patógenos. Del año 1955 en adelante grupos de adventistas actuaron como voluntarios para diferentes experimentos con armas biológicas, dirigidos por Bill Patrick, posteriormente se ahondará en la figura de este personaje.

En el año 1960, Eisenhower dijo: "*Los agentes incapacitantes son una idea espléndida*" (los agentes mortales producirían menos bajas militares).

En el año 1961, durante la administración de Kennedy, el gasto en armas biológicas aumentó de una forma dramática. Decenas de compañías "*civiles*" como la General Motors se sumaron al trabajo con los virus.

Bill Patrick, líder de la investigación biológica del US Army, confesó que había empezado su carrera con ansias "*por salvar vidas pero se convirtió en un guerrero biológico*", lo que ejemplifica la evolución nociva de las ideas en muchos de los que en sus inicios pudieron ser científicos honestos y

refuerza una vez más la importancia de establecer, conocer, mantener y controlar los principios éticos, en este caso relacionados con las investigaciones científicas.

Contra Cuba se conocen diferentes planes y agresiones en este sentido, ejemplo de ellas son:

- Año 1959, Plan Marshall: Ataque bacteriológico contra soldados y civiles cubanos, seguido de un ataque masivo.
- Año 1961, durante la Crisis de Octubre: Se estimaba que un ataque bacteriológico afectaría millones de cubanos, se prepararon los agentes biológicos para efectuarlo. Bill Patrick propuso emplear dos agentes incapacitantes, que trabajaran secuencialmente, alargando el tiempo de efectividad, entre tres días y dos semanas, matarían a "*menos*" (frase de Patrick) de 2% de la población (140,000 personas aproximadamente, no solo militares, sino también civiles, hombres, mujeres, niños y ancianos)

Además se preparó un coctel (para los ingenuos parece ciencia ficción, cosas de un thriller hollywoodense) para diseminar con aviones en Cuba, aprovechando los vientos alisios, con:

- Una toxina estafilocócica: Produce la enfermedad entre 3 y 12 horas al inhalarla manifestada por fiebre, tos, mialgias y cefaleas
- El virus de la encefalitis equina venezolana: Incubación de 1-5 días. Fiebre, náuseas, diarreas, cefaleas con semanas de letargia, lo que por una parte incapacita a gran parte de la población, ya fuera por padecer la enfermedad o por ser cuidadores de los enfermos.
- La [bacteria Coxiella burnetii](#), productora de la fiebre Q: Incubación de 10-20 días. Fiebre, astenia, cefaleas, náuseas, vómitos, diarrea, alucinaciones y es potencialmente fatal

Cuba era considerada ideal para la guerra biológica, los gérmenes no supondrían una amenaza para las tropas agresoras ya que se diseminarían antes de la invasión.



Otras agresiones biológicas bien conocidas fueron las del dengue hemorrágico, en el año 1981 hubo una epidemia de dengue que padecieron más de un tercio de millón de personas y produjo 158 fallecidos, de ellos 101 niños. La fiebre porcina y diferentes agentes contra la agricultura y otras producciones agropecuarias.

Existieron igualmente intentos de magnicidios. Durante la Administración Eisenhower se trató de eliminar a Patricio Lumumba con el virus de la viruela y la toxina del botulismo, durante la presidencia de Kennedy trataron de entregarle un traje de buceo al Comandante en Jefe Fidel Castro, infectado con un hongo y con la micobacteria Tb. En estos momentos hay fuertes sospechas de otros posibles magnicidios que sí podrían haberse consumado, los que están en investigación.

En 1984, una secta del Condado de Wasco, provocó un brote intencional con salmonella typhimurium, posteriormente realizaron experimentos con virus incluyendo el VIH. En el año 2001, se produjo una serie de agresiones a través de cartas con esporas de ántrax, hubo 18 infectados, 5 muertos y por supuesto un gran pánico. Vale recordar que el ántrax (carbunco) es producido por el bacilo anthracis. Se inhala, penetra por la piel o a través de alimentos contaminados. Sus esporas pueden resistir la desecación y ser transportadas durante décadas. Produce pústulas cutáneas, fiebre, postración, insuficiencia respiratoria aguda, linfadenitis, necrosis, hemorragia, mediastinitis, shock y muerte. En el incuestionablemente magnífico libro *“El Manual Merck”*, utilizado por la mayoría de los galenos en todo el mundo, se refleja: *“La utilización del B. anthracis como posible arma biológica ha generado temor a este patógeno”*. En 1942, el presidente Roosevelt seleccionó a George Merck para desarrollar el programa secreto de armas biológicas (¿buenas prácticas de un eminente científico?).

En el año 2001, en Salt Lake City, en una feria de armas, se produjo la venta del libro: *“Principios científicos para la guerra improvisada y la defensa doméstica. Diseño y fabricación de armas biológicas avanzadas”*, incluía instrucciones de cómo enviar esporas de ántrax por correo. En diferentes

comercios de EU se podían adquirir cepas de diferentes patógenos por la libre en aquellos tiempos.

Matthew Stanley Meselson eminente biólogo de Harvard, constituye un genetista y biólogo molecular estadounidense, con importantes investigaciones sobre la replicación del ADN, su recombinación y reparación. Durante los últimos años ha sido un reconocido activista y consultor en armas químicas y biológicas. Cuando conoció el programa de guerra biológica, dedujo que lo mejor que podía hacer la nación más rica del mundo era mantener la “*guerra cara*”. Convertirla en algo “*barato*”, al alcance de cualquier nación “*subdesarrollada*” no era una buena idea, según el criterio verdaderamente cuestionable de este científico.

Se ha considerado a la terrible viruela, como la elección perfecta de un agente biológico, ya que, además de su agresividad, posee un largo período de incubación que permite a los que la diseminan abandonar el país antes que se detecte el primer caso.

Durante miles de años han ocurrido ocasionalmente epidemias de viruela, sin embargo, después de un exitoso programa de vacunación mundial se logró erradicar la enfermedad. En los Estados Unidos, el último caso de viruela se registró en 1949, mientras que el último caso ocurrido en forma natural en el mundo fue en Somalia en 1977. Una vez que la enfermedad se erradicó en todo el mundo, se suspendió la vacunación habitual de toda la población porque ya no había necesidad de prevenirla.

Excepto por las reservas en algunos laboratorios, el virus variola está eliminado. Dichas muestras se mantienen en estado criogénico en Rusia y Estados Unidos. Grupos de biólogos han insistido con eliminar ese par de muestras previniendo que por un accidente no deseado alguna de ellas salga del estado de congelación en que se encuentran, pero esto no se ha llevado a cabo debido a que el virus como tal, nunca fue entendido por completo, muy poco se supo la forma en que mutaba, se logró dar con la vacuna pero su elaboración se hizo de manera empírica, sin conocer con detalle su estructura o forma de infección. Por esta razón se decidió conservar estas dos únicas

muestras. Algunas personas creen que podrían existir reservas adicionales del virus en manos de otros países, o de organizaciones terroristas. Una hipotética nueva epidemia de viruela sería altamente fatal, debido a que las personas que han nacido después de la suspensión de la vacunación no están inmunizadas.

Durante la Navidad de 1997, en la isla turística de Hilton Head, se produjo una interesante conversación en una cena, en ella participaron los matrimonios Clinton y Venter (J. Craig Venter, biólogo molecular, pionero en descifrar los mapas genéticos de gérmenes y personas). La charla derivó hacia los que los avances en la creación del mapa genético significaban para la guerra bacteriológica, Clinton (que había demostrado obsesión con la guerra biológica), le preguntó a Venter: *¿Puede mezclarse el virus de la viruela con otros gérmenes para hacerlo más efectivo?*, este le respondió: *Es posible*.

Hasta aquí el resumen de los aspectos redactados por Miller J, Engelberg y Broad, lo que se hizo casi textualmente, el lector será capaz de juzgar lo publicado por profesionales de un medio de prensa archiconocido en el mundo (New York Times) y elaborar sus propios criterios, por lo que preferimos no añadir comentarios posiblemente innecesarios.

### **La ética de las investigaciones y su relación con la perversión de las buenas prácticas y las atrocidades médicas**

Existe una ética ineludible en la investigación clínica, cuyo principio básico es la protección del sujeto de investigación (nunca considerarlo un objeto), garantizar una protección especial a los grupos vulnerables, proteger el medio ambiente y cuidar el bienestar de los animales.

Las investigaciones que no se puedan realizar en los países del primer mundo o en poblaciones con recursos materiales escasos, por los obstáculos que imponen los organismos regulatorios correspondientes, no deben realizarse tampoco en los países subdesarrollados ni en las poblaciones vulnerables. Existen diferentes ejemplos que atestiguan la violación de estos principios, como son:

Una investigación fue efectuada en poblaciones rurales de Uganda con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a la transmisión heterosexual de HIV-1 y también, verificar la relación entre dicha transmisión y la carga viral. En estos estudios centenares de personas infectadas por el virus fueron observadas durante 30 meses, sin que se les suministrara tratamiento alguno con la intención de obtener una información precisa y completa de la enfermedad.

Otra investigación fue realizada en la ciudad de Tuskegee (años 1932-1972), en el sur de Estados Unidos, cuyo informe reveló el estudio de la evolución de la sífilis sin el uso de ningún medicamento en una población socialmente vulnerable, la población negra.

Hace algunos años el gobierno estadounidense hizo evidente y pública una muestra de las injusticias que han cometido en las investigaciones al pedir disculpas al pueblo de Guatemala por experimentos increíblemente inhumanos sobre la sífilis, realizados en guatemaltecos sin su conocimiento. Álvaro Colom, el presidente de ese país en aquellos momentos, calificó estos experimentos como *“antiéticos, espeluznantes y crímenes de lesa humanidad”*. Se realizaron entre los años 1946 y 1948 cuando infectaron con sífilis y gonorrea e intencionalmente y sin su consentimiento a 1500 guatemaltecos, la mayoría pertenecientes a grupos vulnerables (presos, prostitutas y enfermos mentales), para saber si la penicilina también podía prevenir las referidas enfermedades.

Las muestras biológicas también son susceptibles de ser mal empleadas. Los investigadores y los comités de ética de las investigaciones deben garantizar su buen uso. Un ejemplo fue el análisis de la sangre de los soldados iraquíes prisioneros y desertores para comprobar si habían sido vacunados (por ejemplo contra el ántrax) y sobre esa base elaborar una agresión biológica, otro ejemplo fue el estudio del suero para determinar los títulos de anticuerpos para el dengue en los emigrantes cubanos que salieron por el puerto del Mariel en 1980. También pueden ser utilizadas para conocer las debilidades y fortalezas de familias y grupos poblacionales mediante los estudios genéticos, objetivos que pudieran estar muy alejados de los propósitos científicos sanos.

La cada vez más frecuente comercialización del mundo y la pérdida de valores elementales en una parte de prácticamente todas las poblaciones, hacen que la corrupción de los profesionales y de los trabajadores en general puedan conducir a violaciones de las buenas prácticas, que pueden por ejemplo ir, desde violar un cegamiento en un protocolo de investigación, para no administrar placebo a un determinado paciente que es de su interés, pero en la asignación al azar le correspondió este grupo y entonces administrarle el producto activo, hasta favorecer enfermos sobre otros porque nos han realizado un regalo, nada que ver con la aceptación de un presente que nos es entregado de buena fe como expresión de un agradecimiento sincero y que nunca nos será recordado ni directa ni indirectamente por el que lo realizó, con vistas a obtener un beneficio, porque entonces no fue un regalo, fue un pago y por cierto generalmente bastante inferior al verdadero valor del privilegio que se obtendría. Esta situación puede provocar que se certifiquen datos falsos en documentos oficiales, que se privilegien unos pacientes sobre otros, malgastar recursos, cometer ensañamiento terapéutico o practicar la eutanasia entre otros múltiples posibles ejemplos. Resulta lamentable y muy contradictorio, que en un sistema donde la atención médica sea totalmente gratuita, puedan proliferar estas conductas a cambio de un pago muy inferior al valor de la atención que está recibiendo ese paciente, lo que sin lugar a dudas constituye una degradación miserable de los profesionales que caen en ese error, que incluso puede llegar a constituir delitos graves.

La tendencia actual, por suerte todavía no generalizada, de desplazar las investigaciones del campo de las ciencias al del comercio, hacen que todos los profesionales honestos, que al modo de ver de los autores son aún la mayoría, deban adoptar la siguiente conducta por ejemplo:

- El comercializador dice: *“No se ha comprobado hasta ahora que el producto sea dañino, por lo tanto puede consumirse”*
- La ciencia, representada por los profesionales diría entonces: *“Hasta que no se haya comprobado científicamente que el producto no es tóxico no se puede consumir”*

Son dos frases que pudieran parecer similares pero que encierran una profunda diferencia de conceptos, intereses y actitudes.

El profesor Francisco Rojas Ochoa afirmaba en un artículo que la publicidad comercial de medicamentos también es corrupción y expresaba importantes aspectos, como por ejemplo que en el sistema de salud cotidianamente hablamos de "*pequeñas corrupciones*", que nunca serán pequeñas, pues tienen el mismo significado moral, político o social que los grandes fraudes. También deben ser denunciadas y combatidas. Entre las consideradas "*pequeñas*" se cuentan la receta de complacencia, la violación en una lista de espera, el obsequio injustificado, la venta de un servicio y otras. Trascendente es el fraude científico o académico, donde se adulteran datos en investigaciones y publicaciones científicas, el plagio, la atribución de autoría falsa o presentar como un ensayo clínico válido aquello que no lo es al no cumplir con las normas exigidas. También es corrupción la falta de ética, tal como la aparición en la prensa no especializada de la publicidad que anuncia un producto con propiedades terapéuticas, sin la existencia de un ensayo clínico que lo sustente.

Existe una metodología muy precisa para evaluar éticamente las investigaciones que constituyen ensayos clínicos, así como comités y centros para controlar su desarrollo, sin embargo no resulta así para aquellos estudios que no son ensayos clínicos y que además se efectúan con una mayor frecuencia y cantidad que estos, en este caso están las tesis de diferentes tipos y otras investigaciones que aunque no sean experimentales, cuentan con la participación de seres humanos.

Toda investigación que involucra a los seres humanos está sujeta a principios éticos y regulaciones que están encaminadas a la protección de los que participan en un estudio. Se le ha dado un mayor énfasis a la evaluación ética de los ensayos clínicos motivado por diferentes factores. Sin embargo en otros tipos de investigaciones no se tiene el mismo rigor en la evaluación de los aspectos éticos. Estas investigaciones se realizan la mayoría de las veces como una salida académica, ya sean trabajos de tesis de maestría, doctorado o terminación de especialidad.

Un ejemplo de la referencia a los aspectos éticos, tomado de una tesis de maestría reciente, expresaba:

*La investigación se realizó según los preceptos establecidos en el Código Internacional de Ética Médica y los que competen a las investigaciones biomédicas en humanos contemplados en la Declaración de Helsinki adoptada por la 18ª Asamblea de la Asociación Médica Mundial de junio de 1964 y enmendadas en los años 1975, 1983, 1989, 1996, y 2000 junto a las notas de clarificación agregadas en los años 2002, y 2004. Se obtuvo el consentimiento informado (se anexa el modelo). Toda la información utilizada en el estudio se conserva bajo los principios de máxima confiabilidad y en ningún caso se reflejará la identidad de las personas. Solo se empleará esta información con fines científicos.*

A simple vista este párrafo incluía correctamente todos los requerimientos éticos de la investigación terminada. Igualmente en muchas oportunidades se focalizan todos los aspectos éticos solamente en la obtención del consentimiento informado. Lo señalado anteriormente debe ser comparado críticamente con la propuesta de metodología para la evaluación ética que se reflejará más adelante y podrán observarse las grandes diferencias en la amplitud del análisis entre una y otra.

En el momento actual se plantean cuatro interrogantes:

- ¿Existe una metodología o formato uniforme que permita evaluar los aspectos éticos de una investigación que no sea un ensayo clínico, incluyendo no solamente las realizadas en la salud? Respuesta: No existe
- ¿Cómo se hace en la actualidad? Respuesta: Cada investigador escribe lo que prefiere y considera correcto, se citan las Declaraciones de Helsinki u otros documentos, que quizás no se han leído, esta cuartilla es muchas veces algo formal que se acepta tácitamente
- ¿Resulta necesaria una guía que homogenice estos aspectos entre las diferentes investigaciones y facilite un criterio integral y real? Respuesta: Por supuesto

- ¿Evalúan todos los Comités de Ética de la Investigación (CEI) todos los protocolos e investigaciones terminadas, que no constituyen ensayos clínicos? Respuesta: En algunos centros si y en otros no

Propuesta metodológica para la evaluación ética de diferentes investigaciones que no constituyan ensayos clínicos.

Se propone emplear siete criterios de evaluación, que serían:

- El valor
- La validez científica
- La selección equitativa de los sujetos
- La proporción favorable riesgo-beneficio
- La evaluación independiente
- El consentimiento informado
- El respeto a los sujetos inscritos

¿Cómo quedaría el documento?

Aspectos éticos del protocolo o de la investigación

*El investigador, el tutor y el asesor de este trabajo dan fe de la veracidad de los datos que se exponen a continuación. La máxima prioridad fue garantizar la seguridad del sujeto investigado (y los animales o el medio cuando procediera), en correspondencia con todos los códigos de ética nacionales e internacionales vigentes.*

*(Cuando algún aspecto no proceda se señalará, si se trata del protocolo se escribe en tiempo futuro, si ya se terminó la investigación se redacta en pasado).*

1. *El valor del estudio estuvo dado por su importancia social, científica o clínica, ya que ofrece una respuesta a un problema de salud actual, a un objetivo de un programa de desarrollo o de una línea de investigación establecida (debe referirse a cuál)*



2. *La validez científica se comprueba al existir un diseño metodológico correcto (en el protocolo) que se cumplió completamente o no se cumplió (en el trabajo final), explicando las causas, se limitaron al mínimo posible los sesgos (destacar los sesgos esperados en el protocolo y los ocurridos durante la investigación), no se omitió ningún dato por negativo o inesperado que fuera, no hubo falta de veracidad ni plagio de ningún tipo.*
3. *La selección equitativa de los sujetos se garantizó al existir una posibilidad equitativa para todos los grupos de ser elegidos, se empleó correctamente la aleatorización y el ciego, se seleccionó el mínimo posible de sujetos, y se hicieron todos los esfuerzos para que todos los sujetos participantes pudieran beneficiarse si la investigación proporcionara un resultado positivo.*
4. *La proporción favorable riesgo-beneficio estuvo dada al minimizarse los riesgos potenciales, maximizarse los beneficios, que el beneficio potencial superara al riesgo potencial así como existiera una justificación amplia y convincente de los motivos de sustitución de un tratamiento convencional por uno experimental*
5. *La evaluación independiente estuvo avalada por los criterios de los oponentes, los talleres de tesis, la aprobación del protocolo y de la investigación por el CEIC, el Consejo Científico, y de expertos si procediera. Declarar que no hubo conflictos de intereses (si hubo algún financiamiento, estímulo o influencia de alguna entidad debe declararse)*
6. *El consentimiento informado (debe anexarse el modelo impreso que se empleó) sirvió para brindar toda la información sobre los riesgos, los beneficios y la finalidad de la investigación. Los sujetos efectuaron una decisión libre y no forzada, no se indujeron preocupaciones ni iatrogenias. Definir cómo los pacientes conocerán los resultados de la investigación y cómo se trató de empoderar a los sujetos (señalar que acciones se realizarán o realizaron al respecto) para que no fueran solo objetos (como medios para lograr un fin), ir de un paciente informado a un paciente educado.*

7. *El respeto a los sujetos inscritos: Derecho a incluirse o no en la investigación y a retirarse sin represalias. Se garantizó la privacidad y la confidencialidad contando también con el criterio del sujeto investigado. Se proporcionaron los nuevos datos que ocurrieran en el transcurso de la investigación, y se actualizó el consentimiento informado. Si hubo vigilancia y tratamiento de los eventos adversos (señalar si hubo alguno y sus resultados), reiterar el compromiso del investigador con el sujeto después que terminara la investigación, garantizar que el médico y la enfermera de la familia en el nivel primario conocieran que el paciente estaba recibiendo alguna intervención y los posibles eventos adversos y su tratamiento, porque muchas veces son los primeros en enfrentarlos.*

*Firma del autor, del tutor y del asesor*

#### **CONCLUSIONES DEL CEI**

*--Aprobado*

*--No aprobado. Motivos*

*--Recomendaciones*

*Firma de los integrantes del CEI*

Una vez aprobado este documento, en el protocolo (en tiempo futuro) o en el trabajo final (en tiempo pasado) aparecería el siguiente texto:

*La investigación fue evaluada y aprobada por el Comité de Ética de las Investigaciones (CEI) del centro. El dictamen donde consta la aprobación se encuentra en el archivo de este comité.*

*El investigador, el tutor y el asesor de este trabajo dan fe de la veracidad de los datos que se exponen en la investigación. La máxima prioridad fue garantizar la seguridad del sujeto investigado, en correspondencia con todos los códigos de éticas nacionales e internacionales vigentes. Los aspectos tomados en cuenta por el CEI para la evaluación fueron: El valor del estudio, la validez científica, la selección equitativa de los sujetos, la proporción favorable riesgo-beneficio, la evaluación independiente, el consentimiento informado y el respeto a los*

*sujetos inscritos. No hubo conflictos de intereses (si hubo algún financiamiento, estímulo o influencia de alguna entidad debe declararse)*

## **CONCLUSIONES**

Hay que evitar no solo las grandes violaciones de las buenas prácticas, sino también las “*pequeñas*” violaciones, ya que sus protagonistas pueden degenerar e incrementar el número y la gravedad de los hechos y contaminan con su mal ejemplo a los que los circundan, lo que resulta gravísimo e imperdonable cuando los afectados son los estudiantes. No solo con control y corrección se resuelven estos problemas, sino mucho más importante, con acciones preventivas resultado de la formación correcta de valores éticos en todo el colectivo.

La historia está plagada de violaciones de las buenas prácticas, de la cual son responsables no solo los políticos que las dirigieron sino también los investigadores y profesionales, que quizás iniciaron sus estudios con propósitos nobles y fueron degenerando hasta convertirse en asesinos genocidas. Hay que mantenerse alertas y no ser ingenuos, nuestra cultura y valores éticos protegen también al mundo, no olvidar la frase de que “*Hitler hizo que París temblara pero no logró que la Gioconda llorara*”.

Las investigaciones médicas se efectúan con una frecuencia creciente. Los aspectos éticos y las buenas prácticas, constituyen requisitos indispensables que deben estar presentes desde que se piensa por primera vez en la investigación, se confecciona y aprueba el protocolo, se le da seguimiento, se culmina el estudio y continúa la responsabilidad con el sujeto investigado. Salvaguardar los principios éticos resulta indispensable, máxime en estos momentos que los intereses se mueven hacia el mundo del comercio, lo que sería muy útil no solo para las investigaciones sino también para cualquier tipo de estudios incluyendo los no experimentales y la asistencia médica, la que no deja de ser muchas veces un experimento con cada paciente, durante el cual se pueden producir violaciones éticas.

La formación empleando principios correctos, incluso desde la etapa de estudiante (etapa decisiva en la formación de valores éticos independientemente de la carrera o perfil), para la prevención y erradicación de las violaciones éticas, evitando la perversión de las buenas prácticas resulta imprescindible para la subsistencia de la humanidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Acosta Sariego JR. “El laberinto bioético de la investigación en salud”, en: Rev Cubana Salud Pública 2006; 32(2). URL disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32\\_2\\_06/spu09206.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_2_06/spu09206.htm) (Acceso 2 de febrero de 2010)
2. Acosta Sariego JR. Bioética desde una perspectiva cubana .Centro Félix Varela. Habana 1997. 32–152.
3. Acosta Sariego JR. La bioética de Potter a Potter. En: Bioética para la sustentabilidad. Pub. Acuario. Habana 2002, pág 22.
4. Alfonso M, Rodríguez G, González D. Una mirada sociodemográfica actual a la juventud cubana. En: Lecturas de la realidad cubana. La Habana. Editorial Abril. 2011.
5. Almaguer M, Herrera R, Magrán C, Mañalich R, Pérez Oliva JF. Chronic kidney disease in Cuba: Epidemiological studies, integral medical care, and strategies for prevention. Renal Failure 2006; 28:671-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/08860220600925768/>.
6. Amaro Cano MC. ¿Qué saben nuestros médicos acerca de la ética de la investigación científica? En: Rev Cubana Invest Biomed 2006; 25 (3). URL disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol25\\_3\\_06/ibi01306.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol25_3_06/ibi01306.htm). (Acceso 2 de febrero de 2010)
7. Amaro MC, Marrero A, Valencia ML Principios básicos de la bioética. Rev Cubana Enfermer. 1996;12(1):11-2
8. Ara Callizo JR. Adecuación del esfuerzo terapéutico en los pacientes con alteraciones crónicas de la conciencia. EIDON. 2013; (40): 25-38
9. Arés P. Una mirada al modelo cubano de bienestar. Periódico Granma. 10 de mayo de 2013.
10. Arés P. Procesos sociales que han impactado a la familia cubana. Ponencia presentada por el día internacional de la familia. Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de la Habana. 2011.
11. Arés Valdés Y, Del Campo Abad R, García Sierra J. Ética en los resultados de las investigaciones. Arch Cir Gen Dig, 2006 May 22. Disponible en: <http://www.cirugest.com/revista/2006/03/2006-05-22.htm>. (Acceso 4 septiembre 2010)

12. Bacallao Gallestey J. Neutralidad y compromiso. La presencia de la dimensión ética en el trabajo científico. *Bioética para la sustentabilidad*. Pub. Acuario. Habana 2002, pág 422-433
13. Barrios García B. Aspectos éticos de la manipulación del patrimonio genético. En *Bioética para la sustentabilidad*. Pub. Acuario. Habana 2002, pág 476
14. Bellver V. Por una bioética razonable. Medios de comunicación, comités de ética y Derecho. Granada: Editorial Comares; 2006
15. Betto Frei. El cono del helado. *Periódico Granma*. 26 de septiembre de 2012
16. Betto Frei. El Islam y la libertad de expresión. *Periódico Granma*. 14 de septiembre de 2012
17. Betto Frei. El sujeto se vuelve objeto; el objeto, sujeto. *Periódico Granma*. 26 de octubre de 2012
18. Betto Frei. Nubes en el horizonte neoliberal. *Periódico Granma*. 7 de diciembre de 2012
19. Betto Frei. "Abdicar de pensar". *Periódico Granma* 23 de agosto de 2013
20. *Bioética 2000 de cara al milenio*. Enfoques. *Biotecnología aplicada 2000*; Vol 17; Nº 2: 128-32
21. Boff L. Ética a partir del calentamiento global. *Periódico Granma* 13 de junio de 2013
22. Borges Sandrino RS, Rodríguez Delgado R, Solís Chávez P, López Reyes A. Algunas reflexiones sobre aspectos éticos relacionados con los modelos de responsabilidad moral en la práctica de la cirugía general. *Rev Cubana Invest Biomed [Serie en Internet]* 2006; 25(3). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol25\\_3\\_06/ibi04306.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol25_3_06/ibi04306.htm) (Acceso 8 septiembre 2010)
23. Burns J, Truog R. The DNR Order after 40 Years. *N Engl J Med* 2016; 375;6:504-6
24. Cabezas C, Suárez M, Romero G, Carrillo C, García MP, Reátegui J, et al. Hiperendemicidad de hepatitis viral B y delta en pueblos indígenas de la Amazonía peruana. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2006; 23(2): 144-22

25. Calviño M. Congreso de Psicología. Cuba. Hominis 16. Periódico Granma. 12 de mayo de 2016
26. CECMED. Anuario Científico. La Habana. 2012
27. CIOMS. Normas éticas internacionales para las investigaciones biomédicas con sujetos humanos. Washington, D.C.: OPS;1993 (Publicación Científica 563)
28. Colectivo de autores. Las familias cubanas en el parteaguas de dos siglos. CIPS. UNICEF. 2010.
29. Colectivo de autores. Olvido de los fenómenos psicológicos en la relación médico-paciente anciano. Revista Colombia Médica, vol. 29, núm. 4, 2013.
30. Collado Madurga AM y col. Eutanasia y valor absoluto de la vida buscar. Rev Cubana Hig Epidemiol. Vol.49 N<sup>o</sup>.3.450-8. La Habana sept-dic 2011.
31. Colom califica de crímenes de lesa humanidad las infecciones de sífilis realizadas por EE.UU. Periódico Granma. 2 de octubre de 2010
32. Corretgé S, ed. Ensayos clínicos (Buena práctica clínica). Legislación Española. 1993:12,20-22.20.
33. Council for International Organizations of Medical Sciences. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Geneva: CIOMS; 2002: Guideline
34. Datos y fotos tomados de "Los juicios de Nuremberg contra los médicos: [http://medicinayholocausto.blogspot.com/los\\_juicios-de-Nuremberg-contra](http://medicinayholocausto.blogspot.com/los_juicios-de-Nuremberg-contra)" y de "Medicina en la era nazi: <http://www.yadvashem.org>"
35. Declaración de la AMM sobre el suicidio con ayuda médica. Francia. Asociación Médica Mundial. 2015. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/p13/index.html>
36. Delgado Sheyla. "Hijos de un mismo amor, enemigos de un mismo odio" Periódico Granma. 17 de agosto de 2016
37. Deontología y Bioética del ejercicio de la Psicología en Colombia (<http://www.tribunales.colpsic.org.co>, (Acceso 14 de agosto de 2010)
38. Diamond J. Armas, gérmenes y acero. Cap 13: La sociedad humana y sus destinos. Edit Cientif Técnica 2005., 233-57

39. Díaz Morfa J. Conflictos de pareja y sus repercusiones en la vida sexual. En: Prevención de los conflictos de Pareja. Madrid. 2003
40. Díaz Morfa J. La comunicación en la pareja. En: Prevención de los conflictos de Pareja. Madrid. 2003
41. Díaz Victoria Eugenia, Facio Lince. Sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia clínica con mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama Universidad de Antioquia, Medellín (Colombia). Pensamiento Psicológico, vol. 7, No 14, 2010, pp. 155-160. 2010
42. E. Emanuel. ¿Qué Hace Que la Investigación Clínica Sea Ética? Siete Requisitos Básicos. Investigación en Sujetos Humanos: Experiencia Internacional. Ed. Por A. Pellegrini Filho y R. Macklin. Programa Regional de Bioética. División de Salud y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Serie Publicaciones 1999. pp. 43-44
43. Egües Cantero G. Mil ideas para ti y tu familia. Editorial de la Mujer. 2008
44. El Código de Nuremberg [http://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%B3digo\\_de\\_Nuremberg](http://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%B3digo_de_Nuremberg), (Acceso 5 de agosto 2010)
45. El Manual Merck. Bacilos grampositivos. Carbunco. Undécima Edición. Tomo VI. Pag. 1582
46. Eugenesia. Wikipedia
47. Fermín E. La muerte encefálica. Aspectos filosóficos actuales. Tesis para optar por el Grado de Doctor en Ciencias Filosóficas. Universidad de La Habana, 1997: 138
48. Egües Cantero G. Mil ideas para ti y tu familia. Edit de la Mujer. 2008
49. Fariñas I. Enriquecerse. Periódico Granma. 27 de diciembre de 2013
50. Fernández Garrote LM., Llanes Fernández L. y Llanes Llanes E. Reflexiones sobre la ética en la investigación clínica y epidemiológica. En: Rev. Cubana Salud Pública 2004; 4(3). URL disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v30n3/spu11304.pdf> (Acceso 4 de diciembre de 2009)



51. Fernández LM, Llanes L, Llanes E. Reflexiones sobre la ética en la investigación clínica y epidemiológica. Rev Cubana Salud Pública. 2004;30(3),
52. Finniss D, Kaptchuk T, Miller F, Benedetti F. Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. The Lancet, Volume 375, Issue 9715, Pages 686 - 695, 20 February 2010.
53. Franco A. Dilemas éticos sobre el uso de placebo en investigación terapéutica. Rev Colombiana Psiquiatría. 2003;22(1):93-107
54. Franco A. Ética de la investigación en Salud pública. Simposio Investigación en seres humanos y Salud Pública. Bogota: UNESCO-REDBIOETICA; 2005.
55. Fuentes D, Revilla D. Consideraciones éticas para la realización de investigaciones en comunidades nativas de la selva amazónica del Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública 2007; 24(1): 51-66.
56. Fuertes M, Maya M. Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas. Revista Digital Anales. Suplemento 2. España. 2012.
57. Gamo Medina, Emilia; Pazos Pezi, Pilar. El duelo y las etapas de la vida. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. 29, núm. 104, 2009, pp.455-469. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, España.
58. Girvan Norman. Periódico Granma. Granma 17-2-2012
59. Gómez, L. Políticas de Juventud. La Habana. Editorial Abril. 2013.
60. González Avila M. Aspectos éticos de la investigación cualitativa. <http://www.campus-ei.org/salactsi/mgonzalez5.htm>. (Acceso 3 agosto 2010)
61. González Cabrera R. La saga de la emigración japonesa en el occidente. Edit Loynaz. 2008
62. González R. La nueva dimensión de la relación médico-paciente en nuestros días. En: J.R. Acosta (editor científico). Bioética. Desde una perspectiva cubana. 1era ed. Publicaciones Acuario. Centro Félix Varela. La Habana, 1997: 106

63. Guías Éticas de investigación en Biomedicina. Comité de Ética del Instituto de investigación de enfermedades raras. España. Disponible en: <http://publicaciones.icsiii.es/unit> (Acceso 4 septiembre 2010).
64. Gutiérrez C, Torres B. Atrocidades médicas. Revista InvestMedicoquir. En prensa
65. Gutiérrez C, Torres B. Consideraciones éticas en el tratamiento del paciente en estadio 5 de la enfermedad renal crónica en tiempos de necesidades. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929 Volumen 24. Número 2 (Julio – Diciembre del 2014). Suplemento 1: S183-S186
66. Gutiérrez C, Torres B. El trasplante renal con donante fallecido. De una ética foránea a una ética propia. Trasplante renal con donante fallecido. Estrategias para su desarrollo. Editorial CIMEQ. 2013
67. Gutiérrez C, Torres B. El trasplante renal con donante vivo. Propuesta metodológica para lograr una buena ética. El trasplante renal con donante vivo. Estrategias para su desarrollo. Editorial CIMEQ. 2012
68. Gutiérrez C, Torres B. Revisión y análisis de aspectos éticos de las investigaciones y de la asistencia médica. InvestMedicoquir 2013 (enero-junio);5(1):113-141.
69. Gutiérrez C. Riñón y envejecimiento. Libro: Editorial Ciencia y Técnica. 2011
70. Gutiérrez Gutiérrez C, Torres Rodríguez B, Linares Cordero M, Suero Gutiérrez L. Revisión y análisis de aspectos éticos de las investigaciones y de la asistencia médica. InvestMedicoquir 2013 (enero-junio); 5(1):113-141. ISSN: 1995-9427, RNPS: 2162
71. Gutiérrez Gutiérrez C, Torres Rodríguez B, Candelaria Brito JC, Acosta Cruz C. Contexto Clínico-epidemiológico de las enfermedades renales crónicas y la sexualidad. Salud, malestares y problemas sexuales. Textos y contextos. I Consenso de Enfermedades Renales y Sexualidad. Edit Cenesex 2015.
72. Hodelín Tablada R. El principio del doble efecto en la sedación a pacientes terminales. MEDISAN. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1029-30192012000600015&nrm=iso>

73. Hoey J. Human rights, ethics and the krever inquiry. J Can Med Assoc. 1997;157(9):1231,
74. Informe Belmont en 1979 ([http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/informe\\_belmont.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/informe_belmont.pdf), (Acceso 5 agosto 2010)
75. Instituto Nacional de Salud. Reglamento de Ensayos Clínicos. El Peruano. 2006 Julio 29 p.325485. Disponible en <http://www.ins.gob.pe/gxpsites/hgxpp001.aspx>.(Acceso 8 septiembre 2010)
76. Instrucción VADI Núm. 4 del 25 de enero de 2000. La Habana: MINSAP, 2000
77. Izquierdo C. When “health” is not enough: societal, individual and biomedical assessments of well-being among the Matsigenka of the Peruvian Amazon. Soc Sci Med 2005; 61(4): 767-83.
78. La Primera Declaración de Helsinki ([http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/declaracion\\_de\\_helsinki.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/declaracion_de_helsinki.pdf), (Acceso 5 agosto 2010)
79. Lolas F. Bioética y vejez. El proceso de desvalimiento como constructo biográfico. Bioética II. Santiago de Chile (serie en Internet). (citada 1996). Disponible en [http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/lolas\\_02.pdf](http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/lolas_02.pdf). (Acceso el 10 de febrero de 2010)
80. Lorenzo R. Talento, éxito y liderazgo. Editorial Científico Técnica. 2008
81. Los juicios de Nuremberg contra los médicos: <http://medicinayholocausto.blogspot.com/los-juicios-de-Nuremberg-contra>
82. Macintosh C. Indigenous self-determination and research on human genetic material: A consideration of the relevance of debates on patents and Informed consent, and the political demands on researchers. Health Law J 2005; 13: 213-51
83. Manzini JL. Declaración de Helsinki. Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta Bioética 2000, año VI, N° 2: 321-34
84. Martín C. Cuba, vida cotidiana, familia y emigración. Tesis doctoral. Centro de Estudios de Alternativas Políticas. Universidad de la Habana. 2000

85. Martínez Gómez JA. ¿Quiénes deben responsabilizarse con los entrenamientos de los comités de ética de investigación y que contenidos y habilidades enseñar? Rev Haban Cienc méd v.6 supl.5 Ciudad de La Habana dez. 2007. versão On-line ISSN 1729-519X. (Acceso 10 junio 2010)
86. Martínez Torres JC, Bolaños Abrahante O, Rodríguez Adams EM, Rodríguez Lara H, García Delgado JA. Disfunciones sexuales y disfunciones del suelo pélvico. ¿Problemas de salud relacionados? Revista Sexología y Sociedad. 2015; 21(2) 224-233 ISSN 1682-0045 Versión electrónica.
87. Martinto, M. Formación de pareja y familia en los jóvenes cubanos: un análisis desde la perspectiva sociodemográfica. Revista Novedades en Población. 2016
88. Medicina en la era nazi: <http://www.yadvashem.org>
89. Medina Castellano C. Ética y Legislación. Madrid. España 2000. PG-20
90. Méndez Felipe D. Consideraciones bioéticas en la relación equipo de trasplante-donante-receptor. En: Valdivia J y col. Trasplante renal con donante fallecido. Estrategias para su desarrollo. Edit CIMEQ. La Habana. 2013: 29-42
91. Mendoza del Pino M. La oncología en la atención primaria de salud. Editora Política. La Habana. 2006
92. Mendoza Orozco M. Relaciones médico-paciente. El síndrome de Hermógenes y el síndrome de Adriano. Médicos que enferman pacientes y pacientes que enferman a médicos. Acta Médica Colombiana, Volumen 24, Número 2, Marzo-Abril de 1999: 60-65.
93. Miller J, Engelberg S, Broad W. Guerra bacteriológica. ED B, SA.2002. Barcelona. España
94. Montero Rosa. La ridícula idea de no volver a verte. Edit Planeta, SA: 2013.
95. Morales Ofarrill A, Aloyda Regla, Hernández Maldonado, Rosa María. La responsabilidad ética en la investigación científica con animales de laboratorio. REDVET Rev. electrón. vet. <http://www.veterinaria.org/revistas/redvet> - <http://revista.veterinaria.org>

- Vol. 11, N° 1, Enero 2010. Disponible en: <http://www.veterinaria.org/revistas/redvet/n010110.html> (Acceso 8 septiembre 2010)
96. Murtagh FE, Marsh JE, Donohoe P, Ekbal NJ, Sheerin NS, Harris FE. Dialysis or not? A comparative survival study of patients over 75 years with chronic kidney disease stage 5. *Nephrol Dial Transpl* 2007;22:1955-62.
97. Nacienciano A. Ese segundo de los ¡Buenos días! Periódico Granma. 9 de mayo de 2013
98. Nancy Fraser. Rethinking the Public Sphere. *Kettering Review*. Winter 1997. 23-34. Trad. por Manuel González Ávila como Volviendo a Pensar la Esfera Pública, pendiente de publicación en la Universidad de San Carlos de Guatemala.
99. Nava Preciado JM. El juicio moral de los adolescentes frente a la eutanasia médica. *Revista Estudio*. 2013: 80-91.
100. Noguera L R. Hay muchos modos de jugar. *Edit Letras Cubanas* 2005: 156
101. Núñez de Villavicencio Porro Fernando. Consentimiento educado vs: Consentimiento informado. *Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]*. 2006 Dic; 32(4): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662006000400011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400011&lng=es). (Acceso 13 de septiembre de 2010)
102. Obligaciones éticas de los autores. <http://www.asme.org/Publications/ConfProceedings/Author/Ethics.cfm> (Acceso el 10 de febrero de 2010)
103. Oficina Nacional de Estadísticas e Información. ONEI. Encuesta Nacional de Fecundidad 2009. Informe de resultados. La Habana: ONEI. 2010.
104. ONEI Anuario Demográfico de Cuba. 2013. La Habana: ONEI. 2014.
105. ONEI. Censo de Población y viviendas. 2012. La Habana: ONEI. 2014.
106. Osorio C. Atención a poblaciones con exclusión social: experiencias y reflexiones. *Rev Cienc Salud (Bogotá)* 2006; 4(1): 83-86

107. Otero L. Avisos de ocasión. Edic Unión. La Habana. 2006: 39
108. Parada Barroso Y, Hernández Rodríguez TE, Mesa Barrera Y. Ética médica en el uso de los medios diagnósticos en la especialidad de neurología. Rev Hum Med. 2013. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202013000300008&script=sciarttext>
109. Pardo Sáenz JM. Bioética práctica al alcance de todos. España: Ediciones Rialp; 2004
110. Paredes Escobar MC. Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica: Percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la Región Metropolitana. Acta bioethica. 2012; 18(2): 163-71
111. Paredes I, Ferraz S, Gándara A, Ramírez Y, Folgueiras D. La autonomía ante enfermedades malignas. ¿Un deseo en nuestros días? Bioética. Vol 13. Mayo-agosto 2013
112. Penchaszadeh VB. Ética de las investigaciones biomédicas en poblaciones humanas. Rev Cubana de Salud Pública. 2002;28(2).
113. Penchaszadeh VB. Ética de las investigaciones biomédicas en un mundo globalizado. En: Bioética para la sustentabilidad. Pub. Acuario. Habana 2002, pág 442-47
114. Peñate A, Pérez M, Semanat R. Adolescentes y jóvenes cubanos en los ámbitos de familia y pareja. Diseño de investigación. Centro de Estudios sobre la Juventud. La Habana. Cuba. 2014.
115. Perera Robbio A. Trasplante de emociones. Periódico Juventud Rebelde. 23 de Abril del 2016
116. Pérez Alonso A. La Guerra Biológica contra Cuba. EditCap San Luis. La Habana. Cuba. 2012
117. Pérez Betancourt R. Medianoche en París. Periódico Granma. 28 de marzo de 2012
118. Pérez-Oliva Díaz J, Pérez Campa R, Herrera Valdés R, Almaguer M, Brisquet E. Terapia renal de reemplazo dialítica en Cuba: Tendencia durante los últimos 10 años. Rev Haban CiencMéd [Cuba] 2012;11(3):424-33. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2012000300014&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000300014&lng=es).

119. Pérez-Oliva Díaz JF, Herrera Valdés R, Almaguer López M. ¿Cómo mejorar el manejo de la Enfermedad Renal Crónica?: Consideraciones y recomendaciones prácticas. Rev Haban Ciencias Médicas [La Habana] 2008; 7(1):0-0. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2008000100009&lng=es/](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000100009&lng=es/).
120. Pogolotti Graziella. Ética, profesionalidad y vida cotidiana. Periódico Granma. 23 de octubre de 2016
121. Puentes V. La dirección que merecemos. Una manera humana de lograr el cambio. Editora Política. La Habana. 2006
122. Ravelo A. ¿Cómo vestimos para ir al médico?. Rev Mujeres 2011. No.4: 33-35
123. Resolución Ministerial Núm.110 del 31 de julio de 1997 La Habana: MINSAP, 1997
124. Roberts R. Curar enfermedades no es rentable para las farmacéuticas. Periódico Granma 9 de mayo de 2013
125. Rodríguez Adams EM, Martínez Torres JC, Pérez Rodríguez N, García Delgado. JA, Ros Montenegro A. Función sexual Masculina en pacientes con disfunción de suelo pélvico. Estudio de casos. Revista Sexología y Sociedad. 2016 Aprobada su publicación
126. Rodríguez Yunta E. Comités de evaluación ética y científica para la investigación en seres humanos y las pautas CIOMS 2002 Acta Bioética 2004; año X, N° 1: 1-49
127. Rodríguez, D. El comportamiento reproductivo de los jóvenes cubanos. Ponencia en Congreso Internacional sobre Juventud. Centro de Estudios Sobre la Juventud. La Habana, 7 al 9 de marzo de 2013.
128. Rodríguez D. La fecundidad de las cubanas en Estados Unidos en el período 2000-2014.Un acercamiento desde la Demografía. Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Demográficas. Universidad de la Habana. Enero 2017.

129. Rodríguez G. De lo individual a lo social: cambios en la fecundidad cubana. La Habana. Ediciones CEDEM. 2013.
130. Rojas L. La pareja rota. Familia, crisis y superación. Madrid: Espasa Hoy, Espasa Calpe. 1996
131. Rojas Ochoa F. La publicidad comercial de medicamentos. Rev Cubana de Salud Pública. 2012. Vol 38: 4-12
132. Rosenthal JP. Politics, culture, and governance in the development of prior informed consent in indigenous communities. *Current Anthropol* 2006; 7(1): 119-42
133. Rothman DJ. Were Tuskegee & Willowbrook studies in nature? *Hastings Cent Rep.* 1982; 12(2):5-7
134. Rusell fM, Carapetis JR, Liddle H, Edwards T, Ruff Ta, Devitt J. A pilot study of the quality of informed consent materials for Aboriginal participants in clinical trials. *J Medical Ethics* 2005; 31(8): 490-94.
135. Rusia condena desfile neonazi en Letonia. Periódico Granma. 19 de marzo de 2013.
136. Salud Sexual para el Milenio. Declaración y Documento Técnico. Asociación Mundial de Salud sexual. 2008.
137. Sarria Castro M. Bioética, investigación y salud pública, desde una perspectiva social. *Rev Cubana Salud Pública* v.33 n.1 Ciudad de La Habana ENE.-mar. 2007 versión On-line ISSN 0864-3466
138. Sautié Madeleine. Entrevista al periodista Fernando Rodríguez Sosa. Periódico Granma. 6 de enero de 2017
139. Schüklenk U, Kleinsmidt a. North-South benefit sharing arrangements in bioprospecting and genetic research: a critical ethical and legal analysis. *Developing World Bioeth* 2006; 6(3): 122-34
140. Serrano D, Linares AM. Principios éticos de la investigación biomédica en seres humanos: aplicación y limitaciones en América Latina y el Caribe. *Bol Of Sanit Panam* 1990; 108(5-6) 489-99.
141. Souza Benigno. Máximo Gómez, El Generalísimo. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales, 1972.
142. Swidler MA. Geriatric renal palliative care. *J Gerontol Med Sci* 2012; 67(12):1400-09.



143. Torres, B. Hablemos sobre sexualidad. Inquietudes más frecuentes sobre el amor, la pareja y la sexualidad. Editorial Científico Técnica. 2006.
144. Torres, B. La Pareja de hoy y su sexualidad. Editorial José Martí. Ediciones Liber. 2007.
145. Torres, B. Sexualidad en la adolescencia. Amiga o enemiga. Editorial Científico Técnica 2008.
146. Torroella G. Aprender a vivir y a convivir. Edit Científico Técnica. La Habana. 2005.
147. Tracy K. Afrontar el duelo. Nursing 2005, Volumen 23, Número 8.
148. Gastron L, Oddone MJ, Lynch G, Lacasa D. El valor de la salud en mujeres y hombres a lo largo de la vida". Brasil. 2008.
149. Una crítica necesaria. Periódico Granma. 27 de noviembre de 2010
150. Urbay C. Variables psicosexuales que se relacionan con la existencia de pareja y sus problemáticas en un grupo de pacientes hemodializados. Tesis en opción del título de Lic en Psicología . 2012.
151. Valdivia J y col. Trasplante renal con donante fallecido. Estrategias para su desarrollo. Edit CIMEQ. La Habana; 2013
152. Valdivia J y col. Trasplante renal con donante vivo. Estrategias para su desarrollo. Edit CIMEQ. La Habana; 2012
153. Vallejo-Nágera JA, Olaizola JL. La puerta de la esperanza. Edit Planeta. Barcelona 1990
154. Veatch R. Cross cultural perspectives in medical ethics: readings. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 1989:196-8.
155. Waver MJ, Sewankambo NK, Serwadda D. Control of sexually transmitted diseases for AIDS prevention in Uganda: a randomised community trial. Lancet. 1999; 353:525-35.