

La relación médico-paciente ¿un vínculo distinto o distante?

Mucci Maria *

Resumen:

El propósito del trabajo es mostrar las características interaccionales en la relación médico-paciente y su rol con respecto al proceso de enfermar. Se la refiere en relación al proceso comunicacional, el de toma de decisiones y el estilo y percepciones que, habitualmente experimentan los pacientes.

Palabras clave: relación médico-paciente; comunicación; psicología positiva; empatía.

Summary:

The goal of this paper is to show aspects in the physician-patient interaction that play an important role in the disease process. It is located in relation to communication process, clinical decision-making, and the style and perceptions usually experienced by the patients.

Key words: Physician-patient relationship; communication skills; positive psychology; empathy

* Licenciada en Psicología UBA. Profesora titular "Psicología, salud y enfermedades médicas"; Coordinadora "Maestría en Psicología y Salud", Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Palermo. mariamucci@ar.inter.net

A modo de pretexto

La ficción transmite vívida e intensamente realidades, sentimientos y vivencias. Describe sensaciones, percepciones, emociones, pensamientos. Hay palabras, también gestos, miradas. Como en la novela de Sándor Márai, muchas veces la literatura relata cómo y qué siente un enfermo en su relación con el médico.

“- ¿Qué enfermedad tengo? –pregunté incorporándome. El profesor me miró como si yo fuera un objeto, como si ni siquiera hubiera oído mi pregunta, con la atención puesta en otra parte.

- Creo que será mejor hablarle con sinceridad. Su enfermedad no es un mal común, pero un día llegará a curarse (...)

- ¿Me quedará tullido?

- No lo creo (...) Le administraremos todo lo que sea aconsejable (...) no es una enfermedad frecuente (...)

- Pero -me obstiné- ¿Qué enfermedad tengo?

- La palabra que la designa no es más que una palabra, solo eso. (...) ataca los nervios sensoriales (...) usted será el mejor médico de sus dolores (...) No tema. Le he prometido que se curará. Es algo que pocas veces prometo.

- Pero ¿cuántos meses?-No cejé, como el condenado cuando se entera de la sentencia y se lanza a suplicar. No reconocí mi propia voz.

- Eso no puedo precisarlo con exactitud (...) No debe temer nada, ¿me oye?... Se lo digo yo, míreme a los ojos. Nunca miento a mis pacientes, nunca. A veces no tengo más remedio que callar, pero mentir nunca. (...)

¿Sería capaz de ayudarme? Eso le pregunté con la mirada. Y él me la sostuvo con seriedad. No me lo aseguraba (...) Esa mirada iba a decidirlo todo entre nosotros. Porque lo que había dicho -“se curará... no suelo mentirle a los pacientes”- y lo que podía decir no eran más que palabras, aunque fueran ciertas. Pero lo que podía hacer por mí (...) resultaría inútil y vano si ambos, él y yo, no firmábamos allí, en ese instante, una especie de alianza y contrato: que él era mi médico y, por tanto, sería capaz de curarme. (...) Entonces, mientras nos mirábamos, supe con certeza que aquel hombre sabio y experimentado no era el médico que yo necesitaba y no sabría curarme. Por ello volvimos a las palabras. (...)

- Confíe en mí.

- Confío en usted -dije.

Se puso en pie y me hizo una leve inclinación. Los dos sabíamos que a partir de entonces se limitaría a tratarme con sus mejores conocimientos, pero que en realidad no me salvaría. Me tocaba a mí curarme o morirme, según lo dispusiera el destino.”

En este fragmento, tomado de “La Hermana”, novela escrita en 1946 por el húngaro Sándor Márai (1900-1989), su protagonista Z., un afamado pianista, describe el primer encuentro con uno de los médicos tratantes. En un diario narra su internación en una clínica de Florencia, en los inicios de la Segunda Guerra, donde permanece varios

meses por padecer una enfermedad que no se nombra y ha paralizado algunos dedos de su mano. A lo largo de su padecimiento lo atienden dos médicos: un profesor ilustre y su ayudante. Ambos emergen del texto y adquieren una presencia material, humana. Del fragmento se infiere la complejidad de la relación médico-paciente que perdura hasta nuestros días. Por ello, los límites entre la realidad y la ficción son sutiles.

Introducción

Las prácticas en medicina, desde la perspectiva histórico-cultural, preceden a la ciencia médica en sí e instituyen una expresión de la tendencia del ser humano a auxiliar y cuidar al semejante que padece y sufre.

Durante el S. XX, los avances científicos y tecnológicos han sido cruciales para el hombre. Pese a ello, la medicina se ejerce en un escenario de incertidumbres, con dificultades para asociarse a un principio básico: estar junto al enfermo. Esos progresos distancian al médico del paciente, aunque sus prácticas estén inmersas en sistemas complejos de relaciones interpersonales en los que, el profesional, se vincula con otro ser humano, para asistirlo, restablecer, mantener o incrementar su salud, calidad de vida y bienestar biopsicosocial.

En los contextos en que los profesionales de la salud ejercen su quehacer, se advierten obstáculos y desencuentros con los protagonistas de un vínculo mediado por el estado de salud como cuestión vital: la relación con el enfermo. Obstáculos que derivan, en general, de las actitudes que se adjudican al profesional: distancia, autoritarismo, frialdad, ambigüedad.

Ese desencuentro, calificado como “deshumanización”, al enfatizar la “objetivación”, se interpreta como “disociación”, actitud que constituye la contracara de aquello se espera tribute la medicina “humanización”, componente indispensable del vínculo con el enfermo.

Por su parte, la Psicología aborda la conducta humana desde un modelo centrado en lo patogénico individual, sin considerar los aspectos bio-psico-socio-culturales que concurren sobre ella y, en cierto sentido, relativizando las relaciones interpersonales. (Kenkel, 2005)

Ese enfoque negativo comienza a modificarse, hacia fines del siglo XX, al emerger el movimiento de la Psicología positiva, que instituye Martín Seligman (1998), en respuesta a la Psicología tradicional. Se devela y complementa así un espacio que recupera los aspectos positivos de las experiencias humanas y orienta hacia formas eficaces que conduzcan al autoconocimiento y la autorrealización. En una de sus formulaciones, se refiere a la calidad de los vínculos, fundamentales para el desarrollo humano y reconoce los factores que contribuyen al bienestar subjetivo. (Cuadra & Florenzano, 2003).

Sus aportes impactan, entre otros campos de la ciencia “psi”, en la psicología clínica, la psicología de la salud y la psicología educacional. Particularmente, en Psicología de la salud -que integra contribuciones con las que comparte dimensiones del concepto

de salud en relación a la prevención y desarrollo de las enfermedades y su recuperación. (León Rubio, 2004).

Ello se infiere, también, en partes de la definición de salud mental de la Organización Panamericana de la Salud (Washington, 2001): “(...) Es un factor clave para la inclusión social y plena participación en la comunidad y en la economía (...) es una parte indivisible de la salud y la base del bienestar y el funcionamiento eficaz de las personas. Se refiere a la capacidad de adaptarse al cambio, hacer frente a la crisis, establecer relaciones satisfactorias con otros miembros de la comunidad y encontrar un sentido a la vida”.

Desde esas perspectivas, se observan circunstancias, factores, contextos, sistemas que atraviesan la “historia natural de una enfermedad”, se sitúan a diversos niveles e influyen -directa o indirectamente- en el enfermo. Entre ellos, la relación médico-paciente ya que los debates en torno a ella es permanente. Las investigaciones coinciden al señalar que los pacientes prefieren un médico que les escuche y responda sus preguntas y dudas. (Cegala, 2000; Charles, 2006)

El propósito del trabajo es reflexionar, desde algunos lineamientos de la Psicología positiva, sobre los lugares desde donde opera la relación médico-paciente. Para ello se analizará el impacto ante la pérdida de la salud; las características históricas y contemporáneas de la relación médico-paciente; el rol de sus protagonistas, sus derechos y modelos vinculares. A partir de la “capacidad para establecer vínculos interpersonales”, se examinarán por una parte, la dimensión comunicacional, con énfasis en el proceso de informar y, por otra, la dimensión sociocultural que favorecen o dificultan la relación médico-paciente.

Sobre la Psicología Positiva

La Psicología positiva amplía y trasciende el enfoque psicopatológico individual tradicional del ser humano. Sus desarrollos se basan en tres pilares: la percepción del bienestar subjetivo, las fortalezas y virtudes positivas y las instituciones positivas.

El primer pilar, la “percepción del bienestar subjetivo”, implica una vida satisfactoria, felicidad, optimismo y, -agregamos- el estado de salud. Para ello, cada uno de nosotros contamos con un “Capital psíquico”, que nos posibilita aprender a protegernos y sobrevivir, a generar fortalezas, a través de capacidades, habilidades, actitudes y valores. Dicho capital está conformado por cinco categorías de factores o procesos, una de ellas la “capacidad para establecer vínculos interpersonales” e implica dimensiones como inteligencia emocional, amor, sentido del humor, empatía y altruismo. (Casullo, 2005)

¿En qué radica su importancia? Se trata de un campo dedicado a comprender y consolidar factores que posibilitan una calidad de vida mejor y prevenir o atenuar trastornos en la salud mental, resultantes de condiciones vitales adversas. P.ej. ante el cáncer como enfermedad crónica, cómo influyen procesos como la esperanza y el espíritu de lucha, en el curso de la patología, constituyéndose en un antídoto contra la enfermedad no solo mental también física. La meta o fin último de la Psicología positiva

es procurar bienestar, a través de comprender y construir la emoción positiva, la gratificación y el sentido de la vida. Es decir, ser más felices. (Seligman, 1999; Seligman, 2004; Gable & Haidt, 2005; Simonton & Baumeister, 2005).

Por ello, las estrategias de intervención psicológicas ante enfermos que padecen enfermedades médicas demandan modelos que potencien habilidades y recursos para trascender aquellos orientados exclusivamente a lo psicopatológico.

La pérdida de la salud y su impacto

Las enfermedades médicas implican desequilibrio y desorden en la armonía del organismo y sus dimensiones bio-psico-socio-culturales, están limitadas con respecto al estado de salud previo. Por consiguiente, el proceso de enfermar recorre una travesía al que la persona, el contexto y la dimensión temporal, le atribuyen sentido y significado, y determinan afrontarla de modo singular.

La singularidad es producto de los discursos intervinientes: la narrativa del paciente, a su vez, transversalizada, por los discursos familiares y sociales. Además, el discurso de la medicina, por último, el del macrocontexto sociocultural -compartido o no- por el paciente, el médico y las representaciones sociales dominantes sobre salud y enfermedad.

Dichas representaciones sintetizan significados, sistemas de referencias para interpretar, entre otras cuestiones, qué nos sucede al enfermar. Vinculadas al imaginario social, este opera como expresión de la realidad y se materializa en los sistemas de creencias. (Jodelet, 1984). En este caso, el “hecho enfermedad” se inscribe en un contexto común y un tiempo histórico determinado. Por consiguiente, es pertinente distinguir los efectos de la enfermedad en sí y los derivados de su representación social que, según la dolencia, activan mecanismos de estigmatización de y para quien la padece, p.ej. HIV, SIDA, cáncer.

La enfermedad, entonces, se funda como “instancia” y moviliza al enfermo a actuar afectiva, cognitiva y operativamente ante ella y, al médico, a aplicar sus conocimientos y habilidades, al tiempo que se constituye como “recurso” y sirve -al enfermo- para recuperar la salud y, al médico, para curar o aliviar. Por ende, el problema no es la enfermedad en sí, sino en cómo se la afronte.

En síntesis, en el proceso de enfermar, la cuestión de la relación “médico-paciente” se sitúa como dimensión privilegiada, definida socioculturalmente según los lugares y funciones de sus participantes. Su representación social sitúa al padeciente en el “rol de enfermo” y, a quien le asiste, en el papel de médico-técnico-experto-curador, científicamente habilitado, capacitado e idóneo.

La relación médico-paciente

A partir de sus orígenes hipocráticos, la relación médico-paciente recorre un largo camino, comenzando en una posición centrada en el médico bajo el imperativo de “Lo

que el médico decide es, por definición, correcto"- modelo paternalista, benéfico, no maleficente y del "*primun non nocere*"- rígido e insatisfactorio para el enfermo. El médico asume el privilegio de decidir con autoridad casi absoluta y prescribir -aunque no se ajuste a las necesidades y esperanzas del paciente- qué considera mejor y por su bien. Es decir, con fines benéficos restringe su autonomía y libertad y no da lugar al consentimiento del enfermo y/o su entorno directo.

La relación, tradicionalmente considerada asimétrica, responde al modelo biomédico basado en dos conjeturas: el médico sabe y hace lo mejor para el paciente; el enfermo se somete a su voluntad, obedece sus indicaciones y asume un rol pasivo, dependiente, silencioso, padeciente y sufriente. ¿Qué promueve la asimetría? Las características vinculares, los desarrollos de la medicina y la tecnociencia, los recursos diagnósticos y terapéuticos que incrementan y acentúan la distancia entre ambos.

Ahora bien, en la segunda mitad del S. XX, se produce el pasaje de la "ética de la beneficencia" -que perdura-, a la "ética de la autonomía". ¿Qué conlleva este cambio? Integrar la perspectiva biopsicosocial que considera factores ligados al paciente, al médico y el contexto. Además supone derechos que, si bien exceden los límites del trabajo, es pertinente enunciar: derecho a participar, a la información, al consentimiento, a una asistencia integral, a la confidencialidad. Aun así, se observan obstáculos para su implementación práctica.

El paradigma contemporáneo la sitúa como una relación profesional de intercambio interpersonal específico, centrada en el paciente, indispensable para humanizar las prácticas médicas basadas en: autonomía, libertad, respeto, confianza, comunicación, satisfacción, confidencialidad, compromiso ético. Estas categorías co-construyen la relación de ayuda y benéfica basadas en una comunicación bidireccional. Por ende, está sujeta a los avances científicos y transformaciones socioculturales. (Lázaro & Gracia, 2006; Borrell, 2007).

Al modificarse la posición paternalista, el paciente deja de responder desde la posición pasiva, la sumisión y la obediencia: "Yo hago todo lo que el médico me dice, él es el que sabe". Por su padecimiento, defiende su autonomía, asume y se apropia de la situación: "soy responsable de mi salud y quiero saber qué va a pasar conmigo". Es decir, exige y cuestiona. Ello supone un cambio sin precedentes para los actores de la relación. (Lázaro & Gracia, 2006)

Se perfila así un enfoque que considera la "persona del paciente" que actúa y responde como totalidad. Por ende, le reconoce y respeta independientemente de su dolencia. Ahora bien, si las actitudes básicas de reconocimiento y respeto, se suplantán por la tecnología, se bloquea su dignidad y promueve la ausencia de compromiso.

Ante la tendencia a disociar los componentes científico-técnicos de los vinculares, surge el modelo "humanista" para cuestionar la distancia e indiferencia del médico con el enfermo. La "humanización" considera que la persona del paciente tiene necesidades integrales: biológicas, relacionadas al organismo; psicológicas emocionales y cognitivas; sociales, en relación a los contextos por los que transita; espirituales relacionadas a la trascendencia.

Es evidente que la relación médico-paciente se constituye en la intersección de dos dimensiones: humanas y técnicas. Desde las técnicas el profesional aborda al “paciente objeto”; las humanísticas, ante la “persona enferma”, el médico se interesa en la subjetividad y el vínculo tiene matices afectivos. (Ruiz Rodríguez, 2000)

Como vínculo interpersonal, se inicia en el momento del encuentro, uno como “paciente” y otro como profesional habilitado para asistir, tratar, aliviar y/o curar y se materializa en cada acto médico. En épocas pasadas se entablaba estrechamente con el médico de familia, dispuesto a escuchar el que, para Mandy Barnett (2002), es quien mejor comunica las “malas noticias”. En tiempos recientes, la relación es un encuentro casi protocolar: el profesional “cumple” con normas burocráticas, intercambia información para obtener los indicadores diagnósticos para asistir, controlar la enfermedad y lograr la mejoría del consultante.

¿Qué condujo a las últimas condiciones? La medicalización de la asistencia, los avances tecno-científicos, la tercerización de las prestaciones y la calidad asistencial subordinada a criterios burocráticos. A ello se adicionan los recursos de intervención en los procesos vitales, la enfermedad y la muerte; el derecho del enfermo a conocer y decidir sobre los actos médicos a que se someterá; las políticas y cambios en el sistema de salud. (Klitzman, 2007)

En la actualidad, la relación médico-paciente se define como el encuentro entre dos personas con necesidades complementarias: la persona enferma y el médico que dispone de herramientas para tratar su padecimiento. Se trata de una relación “cuasi diádica y asimétrica” en la que sus integrantes tienen derechos y obligaciones basados en el respeto que implica autonomía, justicia, confidencialidad y veracidad. (Vidal y Benito, 2002).

Para ello el médico, ante cada caso, debería plantearse como objetivos enunciar con precisión los principios básicos de la bioética: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. Por así decir, preguntas subrogadas a cuatro tópicos: 1) indicaciones médicas; 2) calidad de vida del enfermo; 3) preferencias del paciente; 4) características contextuales. (Jonsen, 2002).

Nos preguntamos si se trata de una relación entre iguales. No. El paciente reconoce y trata al médico como tal, y éste reconoce y trata al paciente como persona, no como objeto. Es decir, es un vínculo profesional con connotaciones éticas, filosóficas, sociológicas, en que cada uno asume un rol definido.

El rol de paciente

Parsons (1964) refiere la especificidad del “rol de persona enferma”, a la capacidad para cumplir funciones cotidianas. Sus dimensiones se relacionan con la naturaleza y severidad de la enfermedad, variables sociodemográficas, culturales y espirituales. Condicionada por la dolencia, la persona siente peligrar su seguridad vital y asume una actitud defensiva que lo conduce, por una parte, a desatender sus obligaciones habituales y replegar sus energías; por otra, a buscar, aceptar ayuda y apoyo del medio.

Es decir, las enfermedades serias amenazan los roles establecidos y los proyectos que la persona puede tener (Moos, 1989)

Además, el enfermo enfrenta dos problemas. El primero la patología, hecho innegable; el segundo, cómo resolver las situaciones generadas en su vida como efecto del evento. La enfermedad es una agresión que el sujeto afronta, modifica la relación con su cuerpo al sentir que el organismo escapa de su control. (Taylor, 1986). Por su estatuto nosológico, demanda asistencia, adherir al tratamiento y cumplir las prescripciones médicas.

Por ello es importante tener en cuenta el cambio subjetivo que se produce en el pasaje de persona sana a persona portadora de una enfermedad. Es evidente que, la persona, al asumir el rol de enfermo, transforma sus emociones, pensamientos, conductas y vínculos. P. ej., con relación a la familia si esta lo “silencia y destituye”, asignándole un lugar pasivo, será inútil que procure desempeñar las actividades que realizaba hasta enfermar. Así, la persona ve cómo se transforman sus lugares y funciones a nivel familiar, laboral, social, cultural. Es decir, cómo es invalidado, desplazado, reemplazado y aun marginado.

En ese sentido, el macrosistema socio-cultural construye una representación del rol de enfermo que la persona encarna según sus variables intrapersonales. Por ello, cabe considerar su papel dentro del contexto de la naturaleza y gravedad de la enfermedad que determina adoptar o evitar el rol de enfermo. (Rodríguez Marín & Zurriaga Llorens, 1997).

Ante la enfermedad, la persona, enfrenta dos alternativas. La primera una “conducta normal”, que comporta reacciones de autoprotección, angustia, miedos, preocupaciones, aflicción e incertidumbre. La segunda, una “conducta anormal”, caracterizada por el modo inadecuado de percibir, evaluar y actuar en relación a la propia salud, pese tener información sobre la afección, su tratamiento y considerado sus características sociodemográficas. (Pilowski, 1978)

Para el médico, surge un problema de orden ético: respetar la autonomía del paciente y, al mismo tiempo, el propio juicio sobre el tipo, necesidad u oportunidad de intervenir.

En la autonomía distinguimos niveles que consolidan el modo en que la díada médico-paciente afronta la interacción: información, relación, emoción y significado. Su reverso es que el médico se atribuya una responsabilidad no pertinente, autoritaria e indiferente.

Nos preguntamos qué necesita el enfermo. Que el profesional muestre tolerancia, respeto, paciencia y le asista tanto desde la perspectiva médica, como desde la emocional. Ahora bien, los practicantes de la medicina ¿consideran los aspectos emocionales en la relación? En general, no favorecen un compromiso afectivo. Las emociones son importantes en la travesía hacia la curación y, los esfuerzos profesionales ante ellas pueden tener efectos terapéuticos positivos. (Hall, 1993; Bergsma, 2002).

El rol médico

Al médico, desde su papel, le compete categorizar la enfermedad. Más allá del proceso diagnóstico, prescripción, tratamiento y controles, la dolencia trasciende la

dimensión orgánica, al tiempo que implica dimensiones psicológicas, familiares y sociales. Ello demanda actitud humanista y neutralidad afectiva, especificidad de los actos médicos y competencia técnica.

A nuestro entender, sujeto a tensiones, el médico se relaciona con su práctica (si percibe que ella lo supera) neutralizando la situación. Las tensiones, pueden conducir a condiciones en que resulte difícil discriminar entre él mismo y el otro y paralizar la labor. Para evitar una eventual indiscriminación, el mecanismo es la “disociación instrumental”. Permite “trabajar” sobre otro ser humano, p.ej. al cirujano operar. Sin ella emociones y afectos lo invadirían e implicaría ineficacia y, eventualmente, iatrogenia en sus actos. Es decir, actúa como mecanismo funcional de autoprotección. Formado y entrenado para mantener “distancia”, su estrategia es “evitar” abrumarse con el sufrimiento del otro. A su vez, la disociación instrumental, se desagrega en dos fases: la “despersonalización” y la “objetivación” del enfermo. El médico debe objetivar. Ahora bien, si la disociación se estereotipa e incorpora como rasgo de carácter, contamina el vínculo con el enfermo y, por ende, la comunicación. (Mucci, 2004)

Por otra parte, paciente y médico, despliegan actitudes relacionadas al estilo en que cada uno desempeña su rol: actividad-pasividad, simetría-asimetría, compromiso-desinterés, paternalismo-sometimiento. Actitudes que pueden constituirse en instancias de conflicto.

¿Qué promueve el conflicto? Para el enfermo: la actitud profesional rígida y estereotipada, la gestión del tiempo, la información insuficiente, frialdad, hostilidad, prepotencia, desinterés, poli-indicaciones, parquedad, anomia e incertidumbre. ¿Qué actitudes disgustan al médico? Las presiones del enfermo y la familia, verborrea, hostilidad, poli-sintomatología, exceso de información, llanto, ansiedad, querella, antipatía, confianza excesiva, ausencia de compliance, diferentes culturas e idiomas.

¿Qué facilita una relación “adecuada”? La confianza fundada en la empatía, la competencia y una actitud clínica flexible. En su encuentro con el enfermo, el médico debe tener en cuenta la necesidad del paciente de entregarse y fiar en el proceder del profesional, comprometido a ser humanamente (no automáticamente) confiable, e incorporar la confianza a su actitud. (Winnicott, 1970)

Sobre deberes y derechos

El esquema biomédico tradicional visualiza al ser humano como una máquina averiada que debe restaurarse. El cambio fue plasmado por la Asociación Americana de Hospitales (1973) en la “Carta de los Derechos de los enfermos”. En ella se reconoce la autonomía de cada sujeto y su participación activa en el proceso de toma de decisiones.

Médicos y pacientes tienen derechos y obligaciones. Particularmente el enfermo debe estar debidamente informado sobre su dolencia; conocer las indicaciones, propuestas y alternativas terapéuticas para su curación; riesgos y beneficios; consentir o no al tratamiento propuesto. Ello implica debatir el plan de trabajo y aún considerar opiniones de otros profesionales. Desde esa perspectiva, al conocer sus derechos como

paciente y las obligaciones de los profesionales, asume un rol activo en su propia asistencia.

La relación también se basa en el derecho del enfermo a la veracidad, por la que es deber médico hablar desde la verdad, revelar los hechos en forma fidedigna sin desalentar la esperanza. Comunicar “malas noticias” es un momento angustiante pero ineludible para ambos. Al propio tiempo, el enfermo también tiene el derecho, si así lo desea, a no querer saber, circunstancia que no es infrecuente. Ahora bien, la verdad absoluta ¿Significa dejar de lado nuestra idiosincrasia socio-cultural? Decir la verdad es necesario pero en forma dosificada, acorde a lo que el paciente manifiesta quiere saber, cuánto, cuándo y cómo.

¿Cómo asumir esta concepción de la relación? En primer término superando prejuicios y preconceptos de las ciencias de la salud, barreras culturales, educativas, combatir la “jerga” médica y la infantilización del enfermo, superar los obstáculos del sistema de salud.

¿Qué obstáculos son propios al quehacer en salud? Consideramos, al menos, dos dimensiones: comunicacional y sociocultural.

La dimensión comunicacional

Las habilidades en comunicología, constituyen un área desestimada en la formación universitaria. Ello se infiere de la insatisfacción que manifiestan los consultantes en el encuentro con el médico.

Uno de los padres de la medicina humanística, el canadiense Sir William Osler (1849-1919) de la Cátedra de Medicina en el Hospital John Hopkins, ante la Academia de Medicina de Nueva York, señaló que el médico tiene oídos y boca para escuchar el doble de lo que habla: “Hay que dejar que el paciente hable para que nos diga el diagnóstico”.

Ello equivale a que el enfermo exprese abiertamente sus problemas, deleve esperanzas, temores y quejas. Al médico expresarse como quien posee parte de la verdad y sus actos buscan el bienestar. En el estilo actual, el médico suele hablar más que el paciente, interrogar en forma directa, mientras el enfermo se limita a asentir o negar.

Calificada como el acto central de la práctica médica, la relación del médico con el paciente se basa en el contexto comunicacional interpersonal, aspecto por el que el profesional ofrece al enfermo confianza, comprensión y seguridad, para restaurar y mantener la salud.

La confianza es fundante del rol que relaciona al paciente con el médico. Se basa en la entrega de uno y la vocación del otro. (Rodríguez Marín & Zurriaga Llorens, 1997). Aun así, los enfermos suelen privilegiar las habilidades interpersonales y soslayar, a veces, la competencia. La enfermedad genera angustia, ansiedad e incertidumbre que impulsa a buscar indicios sobre el estado de salud real. Por ello observa atentamente las acciones no verbales de quienes les asisten y las interpretan según sus propios esquemas perceptuales. Así sucede que el receptor malinterpreta el mensaje que el emisor transmite.

Comunicarse requiere una fuente (médico-emisor quien tiene algo que escuchar, traducir y transmitir) y un destinatario (paciente-receptor quien plantea algo y espera una respuesta). El sistema que los enlaza es el lenguaje. No solo “hablan y dicen” las palabras. Actitudes, silencios, posturas, miradas, movimientos, gestos, comunican al interlocutor qué pensamos y sentimos. Exteriorizamos estados y reacciones emocionales tanto o más significativos que el enunciado verbal. Por así decir, la comunicación no verbal dice más que las palabras, reemplaza, añade, enfatiza el discurso. (Mucci, 2004).

A nuestro entender, la comunicación en la relación médico-paciente, parecería estar sujeta a cortes:

1. El enfermo es un interlocutor “pasivo”. Se lo escucha desde la enfermedad que padece.
2. El médico desplaza su lugar de curador. Se instala en el de técnico “objetivo”. Como efecto, la comunicación es unidireccional y bloquea la capacidad expresiva del enfermo.
3. Está limitada a la causa. Resuelta la causa la relación se interrumpe.

¿Cómo alcanzar una comunicación eficaz? Es imprescindible escuchar. Sin escucha no se entabla el diálogo. En la relación con el enfermo es mejor escucharle que silenciarlo. La capacidad de comunicación aumenta si escuchamos, de otro modo se pierde la oportunidad de oír, ver, percibir qué transmiten el paciente o su entorno. (Mucci, 2004)

En el acto de informar cobra importancia el sentido y significado del contenido para el enfermo. Por ello, el profesional debería interrogarse sobre quien es, la persona, a quien le habla. (Vidal y Benito, 2002)

Algunos efectos deseables sobre prácticas y actos médicos serían:

- Una actitud médica que posibilite la comunicación bidireccional y “escuchar” al otro.
- Priorizar el “cómo” se dice a “qué se dice”
- Trascender formulaciones causa-efecto, sin reducir ni simplificar.
- Categorizar la enfermedad, pero no en forma imperativa.
- Considerar la persona enferma como ser historizado y hablante
- Interrogarse acerca de quien sufre.

Los efectos señalados propician la comprensión mutua, la adherencia al tratamiento y una intervención eficaz. Todo ello sostenido en un encuadre cálido, cordial, paciente y de aceptación del otro que, sobre todo, demanda empatía.

Adherimos al planteo del editorial de la revista Lancet en abril 2004: “El énfasis del adiestramiento médico actual se pone en las ciencias duras: anatomía, fisiología, bioquímica, patología, microbiología y farmacología (...) pero en la práctica clínica los médicos tienen que tratar de comprender a los pacientes, sus historias, sus personalidades y peculiaridades, para poder proporcionarles el mejor cuidado posible. (...) En este lado blando de la medicina las ciencias duras les son de escasa ayuda”.

El desarrollo adecuado de la relación se vincula con la calidad de la comunicación que se establece entre todos los protagonistas -paciente-médico-familia- y el proceso de informar. La comunicación eficaz implica una interacción dinámica, constante. Demanda una puesta en común de la situación, la participación activa y una escucha activa y empática.

Sobre la empatía

El DRAE define el vocablo empatía como: participación afectiva y, por lo común, emotiva de un sujeto en una realidad ajena. En Salud mental, se la considera como la capacidad de percibir pensamientos, sentimientos y conductas de otras personas. Requiere habilidades que evolucionan con la madurez y las relaciones interpersonales. (Vidal & Vilanova, 1995) Es decir, constituye la base de una comunicación adecuada para entender los motivos que generan sentimientos y emociones.

Para la Psicología positiva, es la aptitud social que implica la interacción humana. Se trata de comprender a los otros; percibir sus sentimientos y perspectivas y mostrar interés activo en su preocupación. Orientar para prever, reconocer y satisfacer las necesidades del paciente.

En medicina, uno de los fundamentos del vínculo empático plantea que se trata de: “Demostrar interés personal, conocer a fondo las características del paciente y entender sus necesidades. Dedicarle tiempo. Estar dispuesto a escuchar y contestar preguntas utilizando un lenguaje comprensible.” (Bueno, 2000)

Ello implica “personalizar” al enfermo. La actitud médica de distancia y asepsia cosifica y desubjetiviza. El proceder empático posibilita respetar la dignidad en la relación médico-paciente. ¿La empatía consiste en querer al otro? ¿Están los integrantes de la relación obligados a quererse? No. Simplemente se trata de ponerse en el lugar del otro, escuchar su decir, sentir con su piel, ver desde su mirada. Acordamos con Marie de Hennezel (1996) cuando plantea: “(...) si cada uno tratara de ponerse en el lugar del otro, todo iría mejor. ¿No es esa la compasión. Ponerse en el lugar del otro - sabiendo al mismo tiempo que no se lo es- no es identificarse con el otro, sino tomar la distancia necesaria para evaluar las cosas: si estuviésemos en esa situación, ¿cómo nos gustaría ser ayudados?”

Comunicar e informar

Tal como ya señalamos, la relación médico-paciente requiere un diálogo en el que, el proceso de informar sea fluido y bidireccional.

Desde la década del 50, abundan las investigaciones sobre el tema, desde perspectivas que surgen de profesionales y pacientes, que -ante la misma cuestión - no siempre coinciden. (Mathews, 1983; Maguire, 1986; Ong, 2000). Si bien las investigaciones descomponen y sintetizan la instancia comunicacional no incluyen

aspectos afectivos ni socioculturales. P. ej. los cirujanos al dar cuenta de su práctica, reconocen sus dificultades con el “rol de mensajeros de malas noticias” y la respuesta emocional de cada paciente, quien suele confundir “el mensaje con el mensajero”. (Burton & Parker, 1997).

El proceso comunicacional es la expresión más compleja de las relaciones interpersonales y, en medicina tiene una especificidad, en la que el profesional utilice recursos que garanticen una comunicación adecuada. P.ej. ante un paciente oncológico, introducir expresiones como “situación seria”, “es serio pero no grave”, “es complicado” y orientarse por la reacción del enfermo, observar si asimila el diagnóstico, escuchar sus preguntas, qué dice o qué calla, dejar abierta la posibilidad de información más directa conforme transcurre el diálogo.

Se informa a los pacientes para cumplir con requisitos legales, sin considerar sus necesidades psicológicas. Es imperioso establecer un vínculo de confianza con el médico, quien informará acorde a las necesidades de cada enfermo, el que no se centra en los riesgos legales previstos en el consentimiento informado. (Hoerman, 2001)

Una investigación reciente plantea que, en el proceso comunicacional, deben focalizarse factores adicionales: el efecto de la información en el paciente, qué desea y necesita y cómo su percepción y perspectiva difiere de la de los profesionales; el contexto, incluyendo la gravedad y tipo de enfermedad y la influencia familiar; cómo la complejidad del sistema de salud facilita u obstaculiza la comunicación; la influencia del paciente en la conducta del profesional y el modelo propuesto de cuidados médicos. (Epstein, 2006)

Las variantes del proceso de informar dependen del modelo médico con que cada profesional se identifica. (Frank, 2005)

1. Paternalista. La comunicación es unidireccional. La información conduce al enfermo a consentir la propuesta del médico en su condición de experto, quien no tiene en cuenta los valores del paciente e impone una terapéutica.
2. Informativo. El paciente, tras estar informado, decide qué tratamientos recibirá. El lugar del médico es técnico, impersonal, especializado y no considera los valores del enfermo.
3. Interpretativo. El médico rescata los valores del paciente en la toma de decisiones. Ante la angustia y confusión que obstaculizan la capacidad de discernir del enfermo, el profesional aconseja y orienta para elegir la terapéutica.
4. Deliberativo. Es un modelo participativo. La comunicación es bidireccional, activa. Promueve la autonomía del paciente e incorpora la familia al proceso de toma de decisiones. Propone que el enfermo determine, elija los valores relacionados a su salud y considera adecuados para él. Ambos términos de la relación se comprometen a deliberar conjuntamente sobre qué valores puede y debe buscar el paciente ya que, en última instancia la decisión es suya. Como interlocutor el médico se compromete en un diálogo psicoeducativo sobre qué actuación sería la más adecuada.

La dimensión sociocultural

Para Laín Entralgo (1983) el contexto socio-cultural se instituye como mediador entre el médico y el enfermo, ya que “todo juicio sobre la salud debe ser referido al sistema de creencias y convenciones propios del grupo al que pertenece el sujeto cuyo estado se juzga”.

Cada contexto sociocultural integra saberes que justifican distintas concepciones sobre el cuerpo humano y cómo bregar con su funcionamiento ante la enfermedad. Concepciones en que también se significan los sistemas de creencias y organizan una cosmovisión sobre las enfermedades que ordena las experiencias de médicos y pacientes. (Martínez & Leal, 2003)

Por ejemplo, cuando es necesaria la internación, la institución se constituye en un contexto en que la persona no tiene un papel activo. El hospital o sanatorio se erigen como cultura “extraña para el paciente (...) toda persona trasladada de una cultura a otra sufre un inevitable proceso de aculturación.” (Rodríguez Marín & Zurriaga Llorens, 1997) Por así decir, la organización asistencial configura un punto de apoyo y también un estresor. En ella se produce un proceso de anomia, como efecto del dispositivo en sí, en el que el aislamiento, la suspensión de la autonomía, los actos médicos, la inseguridad e incertidumbre, hacen que el paciente pierda sus marcos referenciales naturales.

Por otra parte, la diversidad cultural plantea que las evaluaciones y los actos profesionales de la salud pueden ser válidos para un contexto y no para otro. De allí que debamos atender, p.ej. a las singularidades que una etnia o religión imprimen en la vida cotidiana con relación a suministrar hemoderivados, a aceptar o rechazar la donación y/o recepción de órganos, al encarnizamiento terapéutico, la eutanasia activa o pasiva, al aborto entre muchos más. (Torricó Linares, 2002)

En síntesis, la experiencia que cada sujeto tiene de la enfermedad que padece depende del lugar que ocupa en la constelación de actores, discursos, prácticas e intercambios y su situación en el universo cultural-contextual de la enfermedad. Al decir de Rudolf Moos “Actualmente, los factores personales y contextuales son vistos como íntimamente involucrados en todas las fases de las enfermedades.”

Reflexiones finales

Una enfermedad expone la naturaleza del ser humano, sitúa a la persona ante sus límites, e incluso la posibilidad de la muerte. También significa restituir valores básicos, discernir entre lo principal y lo accesorio. Sin lugar a dudas, posibilita encontrar un sentido diferente y contar con su “Capital psíquico” para afrontarla.

Reflexionar sobre los aspectos interaccionales implica reconocer que, desde las perspectivas científica y técnica, actúan la subjetividad del médico y la del paciente. Por ende, es imprescindible considerar su incidencia y efecto en el proceso de salud-enfermedad-curación. La curación, en el contexto médico, depende no solo del diagnóstico y tratamiento adecuado, también de una interacción empática.

En resumen, la relación médico-paciente:

- Es profesional y humana
- En ella se juega la dignidad del enfermo y el médico.
- Se desarrolla en la esperanza de curar y ser curado
- Demanda respeto, empatía, confianza, autonomía y sensibilidad
- Es “funcionalmente” distante
- Es distinta en términos profesionales, no en términos humanos

Volvamos, entonces, a la ficción literaria. Z. escribe en su diario:

- “(...) un cirujano en una ocasión me dijo que nunca le prestaba tanta atención a un paciente como cuando éste le decía casi con indiferencia: “Doctor, no me pasa nada, pero no me siento bien”. Ese “no me siento bien” dicho con sinceridad y énfasis -y el buen médico distingue con el oído de un músico si el que lloriquea es un hipocondríaco o si se lo dicen con angustia desde lo profundo del alma-, es un síntoma más sospechoso que cualquier otro que pueda detectarse con análisis realizados con máquinas o sustancias químicas.”

Bibliografía

- Barnett, M.M. (2002). Effect of breaking bad news on patient's perceptions of doctors. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95, 343-347.
- Bergsma, J. (2002). Cáncer and autonomy. *Patient Education and Counseling*, 47, 205-212.
- Borrell, F. (2007). La relación médico paciente en un mundo cambiante. *Humanitas Humanidades Médicas*, Tema del mes on-line, 15, mayo, 11-28, disponible en <http://www.fundacionmhm.org/tema0715/revista.html>
- Buckman, R. (1984). Breaking bad news. Why is it still so difficult? *British Medical Journal*, 288, 1597-1599.
- Bueno, J.M. (2000). *Al otro lado de la mesa...* Barcelona, DOYMA.
- Burton, M.V. & Parker, R.W. (1997). Psychological aspects of cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 6, 47-64.
- Casullo, M.M. (2005). El capital psíquico. *Aportes de la Psicología positiva*. *Psicodebate*, 6, 59-72.
- Cebeiro, M.R. (2006). *La buena comunicación*. Barcelona, Paidós.
- Cegala, D.J., McClure, L., Marinelli, T.M. & Post, D.M. (2000). The effects of communication skills training on patients' participation during medical interviews. *Patient, Education and Counseling*, 41, 209-222.

Charles, C., Gafni, A., Whelan, T., O'Brian, M.A. (2006). Cultural influences on the physician-patient encounter: The case of shared treatment decision making. *Patient, Education and Counseling*, 63, 262-267

Cuadra L., H. & Florenzano U., R. (2003). El bienestar subjetivo: Hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, XII, 83-96.

de Hennezel, M. (1996). *La muerte íntima*. Buenos Aires, Sudamericana

Epstein, R.M. (2006). Making communication research matter: What do patients notice, what do patients want and what do patients need? *Patient, Education and Counseling*, 60, 272-278.

Frank, A. (2005). La información en la relación médico-paciente, *Neurología*, 1, 2-3.

Gable, S.L. & Haidt, J. (2005). What (and) Why) is positive psychology? *Review General Psychology*, 9, 103-110.

Hall, J.A. (1993). "Physicians' liking for their patients: More evidence for the role of affect in medical care". *Health Psychology*, 12, 140-146.

Jodelet, D. (1984). La representación social, fenómenos, conceptos y teoría, en S. Moscovici, *Psicología Social II*, Barcelona, Paidós Ibérica, 1993.

Jonsen A.R., Siegler, M. & Winsdale, W.J. (2002). *Ética Clínica*. España, Ariel, 2005.

Kenkel, M.B., Deleon, P.H., Orabona Mental, E. & Steep, A.E. (2005). Divided no more: Psychology's role in integrated health care. *Canadian Psychology*, 46, 189-202

Klitzman, R. (2007). "Patient-time", "doctor-time", and "institution time": Perceptions and definitions among doctors who become patients", *Patient, Education and Counseling*, 66, 147-155.

Laín Entralgo, P. (1983). *La relación médico-enfermo*. Madrid, Alianza.

Lázaro, J. & Gracia, D. (2006). La relación médico-enfermo a través de la historia. *Anales Sistema Sanitario de Navarra*, 29, 7-17.

León Rubio, J.M., Medina Arzano, S., Barriga Jiménez, S. & cols. (2004). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Barcelona, Editorial UOC.

Lolas, F., Quezada, A., Rodríguez, E. (Editores) (2006). *Investigación en salud. La dimensión ética*. Chile, CIEB Universidad de Chile.

Márai, Sándor (1946). *La hermana*. Barcelona, Salamandra, 2007.

Martínez, S.C. & Leal, F.G. (2003). Sobre la calidad clínica de la atención: el problema de la relación médico-paciente. *Anales Médicos*, 48, 242-254

Mathews, J.J. (1983). Communication process in clinical settings. *Social Science & Medicine*, 18, 1371-1378.

- Moos, R.H. (1989). La crisis de la enfermedad física. Una visión general y un acercamiento conceptual, en R.H. Moos, *afrentando enfermedades físicas. Nuevas perspectivas*, New York, Plenum Press.
- Mucci, M. (2004). *Psicoprofilaxis quirúrgica. Una práctica en convergencia interdisciplinaria*, Buenos Aires, Paidós.
- Ong, L.M.L. (2000). *Communication between doctors and cancer patients: tapping the initial consultation*. Ámsterdam, Thela Thesis.
- Parsons, T. (1964). *Social Structure and Personality*. London, Collier-McMillan.
- Pilowski, I. (1978). A general classification of abnormal illness behaviours. *British Journal of Medical Psychology*, 51, 131-137.
- Rodríguez Marín, J. & Zurriaga Llorens, R. (1997). *Estrés, enfermedad y hospitalización*. España, Escuela Andaluza de Salud pública.
- Ruiz Rodríguez, G. (2000). La entrevista médica en el contexto de la relación médico-paciente. *ATENEO*, 1, 15-20.
- Seligman, M. (1999). The presidents address. APA 1998. Annual Report. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Simonton, D.K. & Baumeister, R. (2005). Positive psychology at the summit. *Review of General Psychology*, 9, 5-14.
- Taylor, S.E. (1986) *Health Psychology*. Nueva York, Random House.
- Torrico Linares, E., Santín Vilariño, C., Andrés Villas, M. & cols. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicología*, 18, 45-59.
- Vidal y Benito, M.C. (2002) *acerca de la buena comunicación en medicina*. Buenos Aires, CEMIC.
- Vidal, G., Alarcón, R.D. & Lolas Stepke, F. (1995) *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría*. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana.
- Winnicott, D.W. (1986). *El hogar, nuestro punto de partida*. Buenos Aires, Paidós, 2006.

