

Aspectos comunicacionales de la relación médico- paciente

“Un médico experimentado lo primero que hace es sentarse y con continencia cariñosa le pregunta al paciente cómo se siente y si éste expresa algún temor, lo calma conversando de un modo entretenido y sólo después toca al paciente”.

Aulus Aurelius Cornelius Celsius 25 aC-50dC

Contenidos :

Los aspectos comunicacionales que se desarrollan en este capítulo se refieren a :

I-La relación entre el médico y el paciente : las características de ambos roles, la vivencia de enfermedad, las tipologías de control, tales como la de Thompson con su clasificación de los controles en comportamental, cognitivo , informativo y retrospectivo y la teoría del Locus de control interno y externo, la experiencia de la internación, las responsabilidades, las diferencias entre asimetría , autoridad y autoritarismo. El encuadre. Significados no compartidos.

II- La relación entre los colegas : el estrés propio del rol, las dificultades con los otros miembros del equipo de salud, el control relacional, complementario, simétrico y paralelo.

III-Relaciones del médico con la familia del paciente : apoyo e información a la familia

IV-Relación del paciente con su familia : los roles y la comunicación familiar.

Aspectos comunicacionales de la relación médico-paciente

Es un hecho absolutamente reconocido, que las características del vínculo entre el médico y su paciente, constituyen uno de los factores más importantes con respecto a:

- ❖ La adhesión a los tratamientos.
- ❖ La mayor o menor satisfacción con el sistema de salud.
- ❖ Los juicios por mala praxis.

Ej.:La institución norteamericana AHCPH (Agency for Health Care and Research), apoyó una investigación acerca de la relación médico-paciente que consistió en la grabación de entrevistas médicas de rutina .

Intervinieron en este estudio 59 médicos clínicos de atención primaria, y 65 cirujanos generales y ortopedistas. Se evaluaron 1265 casetes.

Se agrupó a los pacientes según su historia de reclamos y quejas acerca de la malpráctica médica.

Se encontró que los médicos de atención primaria que habían atendido a los pacientes que no se quejaron ni reclamaron, utilizaban más tiempo de entrevista (entre 15 y 18.3 minutos más) que el otro grupo.

Los investigadores hallaron además otras características en la interacción de estos médicos, les anunciaban a sus pacientes qué iban a hacer a continuación, escuchaban su opinión y la estimulaban y también tendían a utilizar el humor y a reírse más durante la entrevista.

En cambio, no se pudo establecer correlación ninguna entre el modo de tratar los cirujanos a los consultantes y la tendencia de éstos a quejarse.

Este resultado se interpretó como que en realidad las entrevistas de rutina con un cirujano no tienen gran importancia. En cambio, sí la tiene la consulta en que se da un diagnóstico o se propone una cirugía o cuando hay que darle al enfermo malas noticias luego de realizada ésta. Además, de un cirujano se espera que sea experto en su quehacer y no en continencia afectiva.

La conclusión final fue que los médicos de atención primaria de la salud que escuchan a sus pacientes y utilizan una modalidad de trato más gentil y amigable durante la consulta enfrentan menos juicios de malapraxis

Estas investigaciones son de gran interés, pero es conveniente recordar que no sólo para evitar los juicios por mala práctica, es necesario establecer una mejor y más continente relación médico-paciente.

Se puede afirmar que, por lo general, una relación adecuada, además de atenuar de un modo considerable el sufrimiento psíquico causado por estar enfermo, promoverá una mayor habilidad en el afrontamiento (coping) más efectivo de la enfermedad y una mejor adhesión a los tratamientos prescritos.

Ser médico. Ser paciente.

En el capítulo anterior hemos visto algunos de los modelos de relación médico-paciente, cada uno de ellos implica también un modelo de médico.

Los atributos que definen al médico han ido variando con el tiempo y tienen características propias de la cultura de cada lugar en cada momento histórico.

Ej.: Juramento Hipocrático. (460-375 aC)

- ❖ Tributaré a mi maestro de Medicina el mismo respeto que a los autores de mis días...
- ❖ Instruiré con mis preceptos, lecciones orales y demás modos de enseñanza a mis hijos, a los de mi maestro y a los discípulos que se me unan bajo el convenio y juramento que determina la ley médica y nadie más.
- ❖ Estableceré el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechoso, según mis facultades y mi entender, evitando todo mal y toda injusticia. No accederé a las pretensiones que se dirijan a la admistración de venenos ni induciré a nadie sugerencias de tal especie. Me abstendré igualmente de aplicar a las mujeres pesarios abortivos. Pasaré mi vida y ejerceré mi profesión con inocencia y pureza. No ejecutaré la talla dejando tal operación a los que se dediquen a practicarla.
- ❖ En cualquier casa que entre no llevaré otra cosa que el bien de los enfermos, librándome de cometer voluntariamente faltas injuriosas o acciones corruptoras, evitando sobre todo la seducción de las mujeres o de los hombres libres o esclavos.
- ❖ Guardaré secreto de cualquier cosa que oiga o vea en la sociedad y no sea preciso que se divulgue, sea o no del dominio de mi profesión, considerando el ser dis-

creto como un deber en semejante caso.

...

Consejos del médico Jacob Zahlón. (1630-1693)

- ❖ “El médico deberá ser ante todo un hombre religioso.
- ❖ Deberá presentarse bien vestido.
- ❖ No será presuntuoso ni vanidoso.
- ❖ Reconocerá sus equivocaciones y admitirá de buen grado las amonestaciones de sus mayores.
- ❖ Estará dotado de buen sentido y buen temple.
- ❖ Será conveniente que estudie mucho cada asunto a fondo y será preferible usar pocos pero buenos libros y que los lea con toda atención. (Non multa sed multum).
- ❖ Se abstendrá de formular falsas promesas y de comprometerse a curar lo incurable.
- ❖ Se guardará de restarle importancia a tal o cual enfermedad como también de exagerarla y gustoso celebrará consulta con otros médicos.
- ❖ El objetivo principal del médico ha de ser curar al paciente.
- ❖ No desdeñará departir con sus pacientes en amistosa conversación, si las circunstancias lo permitieran y aconsejaran.”

...

Thomas Sydenham (1624-1689)

The Works of Thomas Sydenham .

“Finalmente el médico debe tener en cuenta que él mismo no es una excepción al común de los mortales, está sujeto a los mismos pesares y aflicciones.

Por estas razones, debe tender su mano a los que sufren con el mayor cuidado....el espíritu más bondadoso y el mayor sentimiento de camaradería.”

Thomas Percival (1803)

Medical Ethics, or a Code of Institutes and Precepts Adapted to the professional Conduct of Physicians and Surgeons.

“La salud y la vida de los enfermos a cargo de los Médicos y Cirujanos del Hospital dependen de sus habilidades, atención y fidelidad.

Deben estudiar de tal modo de unir suavidad y firmeza, condescendencia y autoridad para inspirar en las mentes de sus pacientes gratitud, respeto y confianza”.

Claude Bernard

(Una Introducción al Estudio de la Medicina Experimen-

tal- 1865)

“Un médico no es de ninguna manera ni médico de los seres vivientes, ni médico de la raza humana, sino médico de un individuo humano en ciertas condiciones mórbidas peculiares que forman lo que se denomina la idiosincrasia”.

Christian Albert Theodor Billroth

The Medical Science in the German Universities – 1876.

“Una persona puede haber aprendido mucho y todavía ser un Médico poco habilidoso, que despierta poca confianza en sus capacidades...”

La forma de conducirse con los pacientes para ganar su confianza, el arte de escucharlos (el paciente está siempre más ansioso de hablar que de escuchar), de consolarlos o de focalizar su atención en problemáticas serias, todo esto, no puede ser aprendido en los libros”.

...

“El paciente espera la visita de su médico, alrededor de este hecho giran, todos sus pensamientos y emociones. El médico puede hacer todo lo que tiene que hacer con rapidez y precisión, pero nunca debe parecer apurado y nunca distraído o ausente”.

William Osler

Aequanimitas. 1889

“Imperturbabilidad...Esta es la cualidad más apreciada por los legos aunque a menudo mal entendida por ellos. El médico que tenga la mala fortuna de carecer de ella, que demuestre indecisión y preocupación, que se vea confundido y agitado por emergencias habituales, pierde rápidamente la confianza de sus pacientes”.

Franz Kafka

A Country Doctor. 1919

“Escribir prescripciones es fácil, pero llegar a un entendimiento con la gente es difícil”.

En consecuencia:

Utilizando terminología actual decimos que las cualidades que aparecen como propias de un “buen médico”, desde los principios de la historia de Occidente serían en especial :

Vocación de servicio, preparación y formación científica actualizadas, capacidad de escuchar empáticamente, de ganarse la confianza de los enfermos, de contenerlos y tranquilizarlos, poseer vocación docente y ejercerla con los pacientes, los colegas y todos los integrantes del equipo de salud y primordialmente, respetar al paciente.

La medicina sigue siendo un arte que no puede ser apre-

ndido solamente leyendo tratados o “papers”, aunque hoy ésta es una condición necesaria para ser un médico actualizado.

En general los individuos no tienen muy en claro qué significa ser paciente, qué espera el médico de ellos como tales y, a su vez, qué esperan ellos de sus médicos.

1-Lo que el médico espera :

Todo médico aspira a que sus pacientes no se enfermen, porque las medidas de prevención que les recomendó han sido efectivas y si finalmente la enfermedad se instala, su mayor deseo es poder llegar a la elaboración de un diagnóstico que le permita implementar las estrategias terapéuticas adecuadas para resolver la situación y “curar a su enfermo”.

El médico espera del paciente que cumpla con sus indicaciones, que confíe en él, que mantenga la calma, que no se descompense emocionalmente y que no desorganice su actividad como médico.

También anhela el respeto y la estimación del paciente y de su familia.

Aspira a que el entorno familiar sea soporte para el enfermo y al mismo tiempo que colabore con su tarea médica.

También es cierto que algunos médicos esperan ser admirados, consultados y obedecidos sin que se planteen dudas ni reclamos en una franca idealización de las características del rol, idealización que por otra parte se remonta a las primeras épocas de la Medicina.

Ej.:“¿Quieres ser médico hijo mío?”

Aspiración es ésta, de un alma generosa, de un espíritu ávido de ciencia.

¿Deseas que los hombres te tengan por un dios que alivia sus males y ahuyenta de ellos el espanto?”.

Consejos de Asclepio (128-56 aC)

2-Lo que el paciente espera:

Cuando el paciente concurre a la consulta para prevenir la enfermedad o para preservar la salud espera de “su médico” que cumpla con estos objetivos con amabilidad y eficiencia, sin promover incertidumbres generadoras de angustia.

El enfermo también deposita en el médico expectativas relacionadas con lo que éste representa como figura de autoridad, desde la propia perspectiva del paciente.

La valoración que el paciente hace de su médico se relaciona directamente con su propia historia personal. Todo ello teñido además por las connotaciones que la

propia cultura aporta.

Los individuos enfermos y sus familias aspiran sobre todas las cosas a que su médico "los cure" o a que los conduzca por la senda correcta para lograrlo.

Pero puede ocurrir que el paciente pretenda que su médico tome decisiones que sólo a él le competen, o que lo trate como un amigo o, por el contrario, que le obedezca como un empleado.

No es raro que las personas enfermas se excedan en sus demandas al médico. Cuando esto ocurre suelen no tener conciencia de lo inadecuado de su actitud.

El médico es quien debe saber qué hacer con tales exigencias, preverlas, prevenirlas y finalmente resolver el problema que estas exigencias representan una vez que se han expresado.

Los malentendidos y las expectativas inadecuadas son generadores de distorsiones en el vínculo, que inevitablemente se traducirán en fallas en el accionar médico.

Es importante tener en cuenta que:

Para que el proceso comunicacional se instale, debe existir acuerdo expreso o tácito acerca de lo que cada uno espera del otro en el campo donde se despliega esta relación.

Debe dedicarse el tiempo que haga falta para lograr ese acuerdo ya que de esta forma se evitarán dificultades futuras.

Estar enfermo.

El paciente no tiene obligación de saber qué siente o piensa el médico y menos aún está obligado a comprenderlo.

Sin embargo y en oposición a esto, un aspecto esencial de la tarea del médico es comprender a "su enfermo".

Estar enfermo como realidad o saber que es muy posible llegar a estarlo implica percepciones, emociones, pensamientos y conductas diferentes de las del resto de los individuos que no tienen siquiera conciencia de que existe un estado diferente de sentirse sano.

Tal como plantea Pedro Laín Entralgo:

El mundo de los que han "perdido la salud", cambia.

La percepción de malestar, aislamiento y anormalidad se impone desde el mismo momento del despertar.

Surge una preocupación por el funcionamiento corporal que antes apenas era notado.

Dicha preocupación invade la psique y ocupa un lugar central en la vida del enfermo y de su familia.

El cómo se respira, si el dolor se hará presente, si el cansancio persiste, si continúan las náuseas, la inapetencia, la astenia, la hipobulia, la hipertermia, la dificultad para concentrarse, la imposibilidad de hacer proyectos que no contemplen la minusvalía física, el estar atento a los horarios de la medicación, a los tiempos de los controles médicos periódicos, etc., pasan a formar parte de cada momento de la vida.

Ej.:Una paciente joven fue internada por padecer una neumonía luego de haber sido tratada en su domicilio con poco éxito.

Presentaba disnea intensa y gran angustia con sensación de muerte inminente.

El cuadro cedió rápidamente con el tratamiento instituido. La oxigenación mejoró su disnea y su angustia cedió al sentirse atendida y con su padecimiento "dominado". Se había sentido extremadamente desamparada en su casa, cuando durante "tres largos días la fiebre subía y subía" y cada vez "se ahogaba" más.

Al tercer día de su internación el médico a cargo, pensando que desearía volver a su casa, le comunicó que muy probablemente sería dada de alta al día siguiente.

Al escuchar esto, la enferma se angustió terriblemente recordando la falta de aire que había padecido.

El médico, enojado por la resistencia al alta de la paciente, no podía comprender el por qué de su descompensación emocional al darle una "buena noticia".

No es posible la instalación de un vínculo terapéutico si no existe la comprensión empática de la vivencia de enfermedad.

(Ver CapítuloV: Aspectos psicoterapéuticos de la relación médico-paciente)

Tipologías de control

Se refiere a las diferentes estrategias que las personas ponen en funcionamiento con la finalidad de sostener una sensación de dominio de su enfermedad lo cual disminuye la angustia que produce la incertidumbre de estar enfermo.

1-Control personal o individual

Se refiere a la sensación de ser dueño de las propias acciones .

La percepción de control sobre la propia vida incrementa la sensación de potencia personal.

En la situación de enfermedad plagada de circunstan-

cias y acciones que escapan a la posibilidad de dominio de un individuo, la sensación de control disminuye la impotencia.

El control no necesita ser ejercido en la realidad, basta con que el paciente sienta que es capaz de ejercerlo.

Ej. :

Un paciente internado en una unidad de trasplante de médula ósea tenía importantes dificultades con la medicación por sus vivencias de desconfianza intensa y temor a ser dañado (personalidad paranoide) .

Luego del alta tuvo que ser reinternado por complicaciones que surgieron porque no cumplía con la medicación. Se logró mejorar la situación cuando se definieron con él, cuáles de los medicamentos que tomaba podían ser manejados según su necesidad y con cuáles debía cumplir rigurosamente la prescripción médica.

Se le "planificó" un área en la cual él dominaba la situación, y así pudo aceptar otras áreas donde él no podía ejercer ese dominio.

2-Control relacional

Se refiere a la percepción que las personas tienen acerca de cómo se conectan con los otros y su capacidad para modificar las relaciones o influir en los demás.

Ej : Un paciente en terapia intensiva padeció una situación de descompensación que generó gran actividad en el equipo de salud.

Cuando se recuperó y pudo hablar, su comentario fue :
"¡ Cómo los hice correr!"

Su angustia se aliviaba pensando que aun en una situación de mucho riesgo personal, había ejercido "dominio" sobre el equipo tratante.

Los conceptos que plantean los modelos de Thompson y del Locus de control de Rotter pueden ser de utilidad para comprender mejor la relación médico-paciente:

Tipología de control de Thompson (1981)

Este autor realizó una clasificación de las diferentes modalidades con las que puede ejercerse el control:

I-Control comportamental :

Consiste en la creencia de una persona acerca de que puede cambiar los acontecimientos o las circunstancias, mediante algún tipo de conducta.

Un ejemplo de ello lo constituyen las técnicas de relajación , de control mental, de visualización , las gimnasias orientales, las actividades artísticas o manuales, las caminatas, la natación etc.

En el mundo actual las personas suelen creer que la serenidad y el equilibrio emocional pueden ser logrados recurriendo a estas actividades .

Algunos van más lejos y están convencidos que podrán curarse de sus enfermedades físicas con alguna de ellas.

Las personas que utilizan este estilo de control suelen ser activas, dinámicas, afrontadoras, no dependientes.

Necesitan reafirmar su autonomía por medio de una actividad que dependa solamente de ellas.

El riesgo está representado por la posibilidad de abandonar el tratamiento médico sustituyéndolo por alguna técnica sin fundamento científico.

También pueden deprimirse cuando no mejoran a pesar de su esfuerzo y dedicación.

II-Control cognitivo :

Son las modalidades que controlan el temor y la angustia mediante mecanismos cognitivos ideatorios tales como ocurre con las técnicas psicoeducativas que se utilizan en la preparación para el parto, en la superación de adicciones, en la preparación para los trasplantes de órgano y durante el proceso de postransplante.

Muchas de ellas se sustentan en el hecho de que la anticipación permite disminuir el impacto que produce toda situación traumática.

También pueden utilizarse técnicas distractivas como juegos, lecturas, debates, recurrir a computadoras, televisión, radio, reproductores de música, etc. que favorecen el mecanismo de supresión (alejamiento del foco de la conciencia de la situación estresante).

Son de especial utilidad en las personas ansiosas o angustiadas, fóbicas, evitadoras, con tendencia regresiva, dependientes de los demás, ya que ayudan a anticipar los problemas y a armar estrategias de comportamiento para utilizar en el momento de enfrentar la circunstancia que genera temor.

III-Control informativo :

La información acerca de lo que está ocurriendo, su comprensión y conocimiento permiten sentir un mayor dominio de la situación.

Es importante tener en cuenta la personalidad del paci-

ente en la evaluación de la información a suministrar.

Recordar que el exceso en la información puede ser contraproducente y aumentar más aún la angustia en lugar de funcionar como un mecanismo de control de la situación .

Los sujetos racionales, omnipotentes, lógicos, planificadores, ordenados, organizados, funcionan mejor con información detallada.

Las personas con rasgos fóbicos se asustan con el exceso de información.

Algunos pacientes focalizan su atención en la información, de forma tal que el enfermo se coloca en un papel de médico de sí mismo, "compitiendo o colaborando con su médico", es decir que se favorece la disociación, alejándolo de su condición de enfermedad.

El paciente actúa como si el enfermo fuera otro y no él mismo.

La angustia puede disminuir, pero se hace más difícil elaborar la situación con miras a la aceptación.

Acerca de la información:

Debemos reflexionar acerca de que la verdad, tal como el médico la conoce, puede ser tóxica; si bien es cierto que no se le debe mentir a una persona que ha depositado toda su confianza en su médico.

Habría que considerar si es éticamente correcto que el paciente conozca todo lo que puede sucederle, aún lo más improbable.

Tampoco se le debe asegurar a un paciente que no se presentarán complicaciones con la finalidad de tranquilizarlo.

IV-Control retrospectivo :

Conocer de dónde surgió el problema, permite ejercer un mejor dominio de la situación.

Es frecuente observar que luego de un accidente, los individuos necesitan no sólo revivir catárticamente el momento traumático, sino también comprender cómo sucedió y cómo podría haberse evitado, ya que este conocimiento permite contrarrestar la sensación de pérdida absoluta del control con riesgo de la propia vida.

Este estilo se observa en los razonadores, los lógicos, y también cuando existe un cierto grado de omnipotencia.

Son parecidos a los del grupo anterior.

Algunas personas, especialmente los ancianos, tienden a relacionar todo lo que les pasa con hechos del pasado.

Esta tendencia a la reminiscencia, es compatible con

una actitud de evitación que permite la huida a épocas en las cuales el propio desempeño era más eficiente.

Este recurso si bien disminuye la angustia, impide la elaboración del problema actual, ya que éste queda "perdido" entre los acontecimientos del pasado.

No existe dominio o control de la situación: lo que ocurre es que el paciente no focaliza su atención en ella.

Las personas utilizan espontáneamente estos diversos modos de afrontar su estar enfermo, modos que también pueden ser prescriptos por el médico.

La aplicación de estas técnicas sin comprender el complejo universo de lo humano puede implicar riesgos.

Siempre hay que tener en cuenta la personalidad de los pacientes, sus modalidades de afrontamiento y su grado de salud mental.

Recordar que para que la indicación médica sea seguida por el paciente debe existir un vínculo de confianza y un reconocimiento de la autoridad del médico, pero además hay que tomar en consideración las características del paciente, en lo que se le proponga o en la forma de proponérselo.

Ej.:Thomas Percival

Ética Médica - 1803.

"Los sentimientos y las emociones de los pacientes, en circunstancias críticas, requieren ser conocidos y ser tenidos en cuenta del mismo modo que los síntomas de sus enfermedades. Así el temor extremo con respecto a la venopunción contraindica su uso en ciertos casos y constituciones. De la misma forma los prejuicios acerca de la enfermedad no deben ser condenados ni controvertidos fuertemente. Porque en aquellos que son silenciados con autoritarismo, dichos temores siguen operando secretamente en la mente, creando miedo, ansiedad y desconfianza".

Locus de control

Esta teoría se originó con Rotter J.B. en 1954, y la teoría del aprendizaje social.

Cuando el individuo cree firmemente que lo que le acontece depende de él mismo se habla de Locus de control interno.

Cuando se cree que lo que determina hechos importantes de la vida depende principalmente de circunstancias externas al yo, se habla de Locus de control externo.

Ej :

Pacientes diabéticos, obesos, cardiovasculares:

-Si la creencia es que la "herencia" es la causa de la enfermedad, el enfermo ni siquiera intentará alguna acción

que cambie su situación ya que pensará que es imposible contrariar dicha carga genética (Locus de control externo).

-Si la creencia es que con las dietas y ejercicios superará la enfermedad, pensará que de él mismo y de sus acciones depende su evolución. (Locus de control interno).

El riesgo de la primera posición reside en que el paciente no adhiera al tratamiento pensando que de todos modos será inútil lo que realice.

El de la segunda, la sobrestimación de las propias capacidades puede generar una tendencia a discontinuar la medicación o a utilizarla en dosis insuficientes.

Existen escalas que se utilizan para valorar si el individuo responde al concepto de control interno o externo.

En EE.UU. se realizaron importantes investigaciones acerca de este tema, en relación con situaciones que tienen que ver con la salud tales como dejar de fumar o mostrar menos dependencia respecto de los médicos.

Hay que considerar que favorecer la idea del control interno en situaciones que no dependen del individuo puede generar sentimientos de fracaso e impotencia que agraven un malestar previo.

El paciente y la pérdida del control

Cuando una persona padece una enfermedad grave se enfrenta a la realidad de que no siempre se puede modificar una situación concreta, pese a todos los esfuerzos que se realicen para lograrlo.

También es sabido que, en general, los pacientes mejoran cuando pueden comenzar a tomar decisiones o a realizar actividades que les permitan recuperar su autonomía.

La incertidumbre impacta sobre las fantasías omnipotentes con gran intensidad, porque la situación no sólo no responde a los propios deseos, sino que ni siquiera puede predecirse.

La internación hospitalaria es el lugar de máxima pérdida del control de la situación y de la autonomía .

La regresión que experimentan los pacientes, sobre todo cuando padecen enfermedades serias y/o las internaciones se prolongan, ayuda a que la situación se sobrelleve con menos angustia, ya que el enfermo, que se vuelve más dependiente, no aspira al dominio de la situación y por lo tanto no percibe su propia impotencia.

Pero cuando la enfermedad es menos grave o el paciente es menos regresivo, se pueden originar conductas maladaptativas, tales como pacientes excesivamente activos y rebeldes, que no pueden tolerar la pérdida del control de las circunstancias por las que atraviesan.

Si el paciente se percibe a sí mismo muy desvalido puede desarrollar un cuadro depresivo reactivo a dicha situación, es decir un trastorno adaptativo depresivo.

Los "buenos pacientes" son los que obedecen y no discuten, ni las decisiones médicas ni las indicaciones de la enfermería, pero que al mismo tiempo son activos, ya que los roles muy pasivos generan angustia o impaciencia en el equipo tratante, especialmente en el de enfermería que es el que debe atender las necesidades básicas.

Es importante observar al enfermo y definir aquellas áreas en las que conservará su autonomía.

Es preferible negociar un cambio en los horarios de las comidas y no ceder a manipulaciones relativas a los fármacos que se administran.

Un paciente que se siente escuchado, respetado y menos sometido a la autoridad médica, es probable que mejore incluso su forma de alimentarse.

Algunos controles son exagerados y revelan el miedo del paciente:

- ❖ Reprimir la conducta de control no soluciona el problema ya que se actúa sobre un efecto cuya causa sigue persistiendo. En este caso el control es un signo.
- ❖ Es necesario que el enfermo pueda hablar de sus temores. Ello producirá alivio, en primer lugar, por un efecto catártico, de descarga. Compartir la angustia, sentirse comprendido, contiene y disminuye el mal-estar.

Los pacientes necesitan creer que el equipo médico controla la situación: los mensajes contradictorios, las inseguridades, la desorganización generan inseguridad y temor.

Es importante tener en cuenta que:

No se puede hablar de autonomía en la conducta y de toma de decisiones si el paciente carece de la información adecuada.

La internación

Cuando un paciente es internado, sobre todo la primera vez, la situación se vuelve más compleja.

1-El nuevo ambiente : reglas y normas de comportamiento

Cuando un paciente se interna en una institución hospitalaria, sobre todo la primera vez, todo el contexto es extraño para él, los espacios, las reglas, las numerosas personas con las que deberá establecer una relación terapéutica casi inmediata, también son extrañas a él.

Deberá aprender en muy poco tiempo las normas que rigen el trato con cada una de las profesiones relacionadas con la salud a lo que se sumarán las características

personales de cada uno de los profesionales que estarán dedicados a su atención.

En un primer día de internación el enfermo contactará con no menos de 15 personas: administrativos, ordenanzas, enfermeros, médicos, técnicos de laboratorio, radiólogos, etc.

Ante todo este contexto, al enfermo internado se le producirá inexorablemente una situación de incertidumbre, de mayor o menor intensidad, consecuencia de enfrentarse a este universo desconocido, que se suma a los temores producidos por el problema que motivó la internación.

Esta situación puede aliviarse si, desde el principio un miembro del equipo de salud, le explica el funcionamiento general de la sala y si además cada uno de los miembros del equipo que contacta con el paciente internado se presenta formalmente explicitando su título y la función que cumplirá.

Pero fundamentalmente la presencia ese primer día de su médico de cabecera, cuando éste existe y sobre todo si él ha sido quien indicó la internación, será de gran importancia no sólo para la contención emocional del enfermo y su familia, sino también como un principio ordenador en esta nueva situación.

2-Autonomía del paciente internado:

El grado de actividad que el paciente debe, puede o está obligado a realizar y el grado de su autonomía es todo un tema que genera inseguridades y por lo general trastorna las relaciones con el equipo de salud.

El equipo médico debe tener claridad al respecto y debe comunicarle al paciente lo que se espera de él.

Ej :-Un paciente que fue internado para que se le realizaran estudios diagnósticos, al segundo día de su internación se vistió y se fue a almorzar fuera de la institución, "porque no le gustaba la comida del hospital".

En ningún momento pensó que su conducta no correspondía a su situación.

Se sentía bien, le estaban haciendo estudios y se aburría internado.

Por lo tanto ejerció su libertad de decidir y actuó autónomamente sin tener en cuenta ninguna de las reglas de la internación que, por otra parte, desconocía.

-En otro caso una paciente internada llamaba a la enfermera para que la higienizara luego de cada evacuación intestinal, porque durante el momento más crítico de su enfermedad había sido atendida con ese grado de dedicación.

Ahora aunque estaba ya cerca del alta, pensaba que éste era el modo de atención que se prodigaba a los enfer-

mos.

Esta actitud generaba desagrado e incomodidad en el personal que la atendía.

Se situaba en un rol pasivo de muy escasa autonomía individual.

Suele suceder también que muchos enfermos sienten que molestan a la enfermera o al médico de sala, cuando los llaman para ser atendidos .

En otros casos se angustian o se asustan y se vuelven tan demandantes que generan fastidio en el equipo médico.

3-Familia y acompañantes: aprender a cuidar

Tampoco los familiares entienden muchas veces, por qué es necesaria su permanencia al lado del paciente y actúan como verdaderas "visitas" a las cuales el enfermo, los médicos y los enfermeros están obligados a atender y contener.

La mayoría de las personas no saben acompañar y cuidar enfermos ni cómo colaborar con el equipo de salud . Tampoco es habitual que se los instruya al respecto, salvo en casos muy especiales, como ocurre en el trasplante de órganos, en la preparación para el parto o en las internaciones de los niños.

Ej :

Una joven internada a raíz de un importante traumatismo de columna por un accidente de tránsito, recibía los domingos a sus amigos. La mayoría de sus visitas eran parejas jóvenes con niños pequeños que generaban problemas con otros internados, la enfermería y el médico de guardia.

Los visitantes actuaban como si estuvieran en una fiesta en su lícito afán "de darle energías positivas a la paciente", la cual quedaba extenuada e insomne después de esta dosis de "energías positivas" y los lunes no podía trabajar en su programa de rehabilitación.

El problema se solucionó orientando y ayudando al esposo a poner límites.

La comprensión del problema por parte de sus amigos orientados por la psicóloga de la sala, generó un movimiento de ayuda real y efectiva a la paciente .

Instruir al paciente al ingresar en la sala acerca de las normas, las reglas, los horarios de las diferentes tareas, los nombres del personal que lo atenderá, mejora mucho la comunicación y previene las dificultades. (Ver Encuadre)

Ej.:Un paciente internado para completar el diagnóstico a los fines de iniciar tratamiento quimioterápico por un cáncer de difícil estadificación, se sorprendía y sobre-

saltaba con la cantidad de estudios que se le realizaban y también con los horarios de los mismos (Resonancia Nuclear Magnética nocturna, extracciones para hemocultivos, etc.).

La esposa había desarrollado la idea de que como se trataba de una institución conocida por sus investigaciones, a su esposo lo estaban tomando como un sujeto de experimentación.

No se atrevía a oponerse para no asustarlo pero se indignaba y molestaba por todo y al mismo tiempo tenía conductas de extrema exigencia lo que generaba malestar en el equipo tratante.

Cuando se comprendió el problema y una vez que se descartaron las ideas paranoides, todo se resolvió mediante una larga conversación entre el médico a cargo del paciente, la esposa y los hijos de éste, donde se aclararon todas las dudas.

4-El alta de la internación:

Los pacientes con enfermedades crónicas y sus familiares aprenden con el tiempo, pero en el caso de las enfermedades agudas donde el alta suele darse rápidamente, la adaptación es mucho más trabajosa.

Por otra parte, las internaciones suelen ser cada vez más breves lo que dificulta la organización de un plan de alta gradual.

En la generalidad de los casos las personas internadas desean volver a su casa y a su vida habitual. Sin embargo luego de una prolongada internación o en las enfermedades crónicas o cuando se trata de pacientes terminales, el alta exige necesariamente una buena preparación tanto del paciente como de la familia.

Hay que ayudar a la familia a recrear el espacio que ocupaba el enfermo antes de la internación y que poco a poco se fue "esfumando" invadido por el resto de los miembros del grupo familiar que comenzaron a vivir reemplazando sus funciones y/o su presencia.

Ello se logrará conversando para aclarar primero la dificultad y luego orientando a la familia acerca de cómo debe proceder.

En muchos casos también será necesario solicitar el apoyo del trabajador social o del psiquiatra o psicólogo de enlace .

En los casos en los que el paciente requiere de cuidados especiales, se generan aún mayores dificultades que se suelen traducir por una manifiesta resistencia al alta por parte de la familia que teme no poder realizar con la misma habilidad y eficiencia estos cuidados.

También el enfermo puede mostrar miedo al alta pues teme alejarse de la protección que le brinda el hecho de estar internado y le cuesta pasar de un rol de gran pasividad a uno de actividad y autonomía mayores.

Responsabilidad : Conceptos – Conflictos.

Ejercer los propios derechos implica tácitamente asumir las responsabilidades correspondientes.

Si bien hoy en día está claro que los enfermos deben decidir acerca de los tratamientos que sus médicos les proponen, lo que los hace también más responsables del éxito o fracaso de dichos tratamientos, en la práctica médica cotidiana la aplicación de estos conceptos éticos se vuelve dificultosa por diversas razones.

1-Aspectos dependientes de la organización social:

Las distintas organizaciones que actúan como prestadoras de salud en nuestro país y en el mundo disponen de muy diversos recursos.

Algunas los tienen en abundancia mientras otras padecen de la mayor precariedad: un número siempre insuficiente de médicos y enfermeras, con una enorme cantidad de consultas ambulatorias y de pacientes internados que supera toda posibilidad de una atención adecuada.

En estos casos, es difícil que el enfermo pueda ejercer sus derechos.

El médico sobrecargado tampoco puede ejercer los suyos.

2-Aspectos que dependen del sistema de salud:

Cuando los pacientes son internados, a menos que exista un médico de cabecera y éste tenga una actitud de compromiso activo concurriendo a visitar a su paciente y a reunirse con los médicos a cargo de la internación, las decisiones las toman profesionales que no tienen un conocimiento personal previo del enfermo y por lo tanto el vínculo establecido con él es precario y poco evolucionado.

3-Aspectos que dependen de la información de los pacientes:

También sucede que los pacientes no tienen los conocimientos técnicos que les permitirían decidir científicamente y con fundamento, lo más conveniente para ellos.

Esto trae aparejado, con más frecuencia de lo que se

cree, solicitar conductas médicas técnicamente inadecuadas, que involucran un riesgo mayor o que no tienen posibilidad de ser ejecutadas, tales como pedidos de anestesia general para pequeñas intervenciones quirúrgicas o negativas a aceptar dicho procedimiento cuando es el único posible o pedidos de no ser sometidos a “prácticas invasivas”, sin saber muy bien de lo que se habla.

4-Aspectos que dependen de la “desinformación”

Por otra parte la extraordinaria información acerca de fármacos, técnicas y procedimientos médicos en los medios de comunicación masiva, muchas veces como publicidad encubierta, otras con tergiversaciones orientadas a lograr impacto social y por consiguiente mayor número de usuarios del medio de que se trate, también influyen en este tema.

Ej :

-Una paciente, cuyo esposo que había padecido previamente dos infartos y que finalmente falleció en su casa mientras dormía a causa de un “infarto masivo”, pensó que “quería morir como él”, cuando le tocara, porque le parecía que esa forma era “la ideal”. La solicitud que le hizo a su médico tratante fue que, si padecía un infarto, no la internaran en la unidad coronaria, ni le realizaran ningún “tratamiento agresivo” porque suponía que de esa manera iba a morir como su esposo.

-A un paciente enfermo de cáncer se le propuso tratamiento quimioterápico.

El enfermo se negó a realizarlo a pesar de todas las explicaciones de su médico tratante. Tampoco aceptó la consulta Psicooncológica.

Pensaba que la quimioterapia “es un veneno peor que el cáncer”.

Luego de un año volvió a la consulta, después de haber realizado numerosos tratamientos alternativos que no dieron resultado porque la enfermedad siguió evolucionando.

Venía a pedirle a su médico que le realizara el tratamiento quimioterápico que, ya en este estadio de su enfermedad, no estaba indicado realizar.

Para que un paciente pueda ejercer su derecho de tomar decisiones, es necesario tener en cuenta algunos aspectos, que merecen reflexión :

- ❖ No es suficiente brindar la información técnicamente apropiada.
- ❖ El efecto que se producirá depende de lo que entendió el

paciente no de lo que el médico dijo.

- ❖ Las explicaciones deben ser realizadas en un lenguaje claro y conciso, adaptando la información al nivel de instrucción y a la capacidad de comprensión de cada enfermo.
- ❖ Los vocablos técnicos confunden, las personas muchas veces no se atreven a manifestar que no entendieron.
- ❖ Además, las personas se defienden de “las malas noticias” con estrategias defensivas inconcientes que atenúan el impacto de lo que se informa, tal como ocurre con la negación.
- ❖ Cuando se tuviera la convicción o la sospecha de la existencia de fallas en la cognición o de trastornos psiquiátricos que alteren la misma, corresponde consultar con algún miembro del equipo o servicio de Medicina Legal y con el servicio de Psiquiatría de la institución.

No obstante, hay que aceptar que muchas personas deciden sin llegar a entender demasiado bien la situación, mientras que otros no quieren decidir y desean que su médico lo haga por ellos.

También es cierto que a algunos médicos habituados a tomar decisiones sin pedir nunca la opinión de sus pacientes, les cuesta aceptar este derecho que los pacientes tienen y encuentran difícil y engorroso tener que dar explicaciones.

Otro tema de importancia se refiere al hecho de que no siempre existe acuerdo entre lo que piensan el médico y su paciente acerca de las responsabilidades sobre el enfermar y el sanar.

1-La responsabilidad del enfermar es del paciente:

Algunas personas piensan que las enfermedades son consecuencia y responsabilidad de los hábitos inadecuados quienes las padecen y que por lo tanto su curación depende exclusivamente de la voluntad de corregir dichos hábitos. Así suelen pensarse la obesidad, las adicciones, el SIDA.

El médico que sustente esta idea ofrecerá su saber científico con poco compromiso personal y el paciente que comparta esta posición evitará la consulta pensando que en realidad, nadie puede ayudarlo.

2-La responsabilidad de recuperar la salud es del paciente:

En otros casos, como el cáncer, la hipertensión, las enfermedades coronarias, los reumatismos, se puede sustentar la idea de que la forma de control y afrontamiento de la enfermedad depende de la fuerza para luchar por la salud y de los deseos de mejorar de los enfermos.

A veces sucede que cuando el paciente no cumple con lo que se espera de él, el médico se siente frustrado y tiende a tomar cierta distancia.

Esto produce en el paciente un sentimiento de desvalorización y disminución de la autoestima.

3-La responsabilidad de la curación es de "otro":

También existen las personas que cuando enferman depositan la responsabilidad de su curación por completo en otro, habitualmente su médico. Pero también puede ser un tratamiento "milagroso", un santo, un amuleto, un medicamento, un manosanta, un curandero, etc.

Todas las formas de pensar la responsabilidad sobre la enfermedad y la salud, los tratamientos, el derecho a decidir tanto del paciente como del médico, implican necesariamente que el profesional pueda aceptar y reconocer sin enojo, las diferencias de opinión de su paciente o las de sus familiares, es decir que esté en condiciones de aceptar en los otros un pensamiento distinto del propio.

Sobre esta base siempre se podrá encontrar la forma de negociar y acordar para que el proceso terapéutico pueda iniciarse con las divergencias superadas o bien el médico podrá decidir que no está en condiciones de ofrecerle al paciente la atención que corresponde y derivarlo entonces a un colega que ocupe el lugar que él reconoce no poder ocupar.

Autoridad versus autoritarismo

Planteamos que la relación médico paciente es asimétrica porque si bien ambos, médico y paciente son individuos que se rigen por el principio de la equidad, sus funciones y roles aunque son complementarios, no son los mismos: uno es quien padece la enfermedad y desea curarse o bien quien estando sano quiere evitar padecerla, mientras el otro es el que ha aprendido a implementar los recursos para satisfacer dichos deseos.

El médico tiene autoridad sobre su materia.

La autoridad no habilita a ejercer un derecho, por otra parte inexistente, de someter al otro a las decisiones médicas, aunque éstas sean tomadas en nombre del mejoramiento del enfermo y del bienestar del sano.

En la medicina actual el paciente tiene derecho a decidir sobre sí mismo, pero no está obligado a hacerlo.

1-Cuando la decisión es no decidir:

Un enfermo puede optar por "ponerse en manos de su médico", lo cual en última instancia es una decisión, "su decisión".

El riesgo de esta delegación sería que se conjugaran estados regresivos que puede producir la enfermedad, sobre todo si es grave, con características de dependencia de la personalidad de algunos pacientes. Esto sumado a la presencia de una sobrevaloración y omnipotencia exageradas por parte del médico tratante produciría una importante distorsión vincular, pues la dupla médico-paciente pasaría a funcionar con un modelo relacional autoritario del tipo dominador-sometido.

En este caso, las decisiones tomadas por el paciente serían seudodecisiones que tenderían más a perpetuar la pasividad y la dependencia que a constituir un ejercicio de la libertad de decidir.

2-Decisión con poca convicción:

Cuando el paciente acuerda seguir una indicación o un tratamiento, pero no está auténticamente convencido de que es el mejor, suelen aparecer transgresiones u olvidos "involuntarios" de las indicaciones, exacerbación de los efectos secundarios de los fármacos o una percepción exagerada de estos efectos e, incluso, síntomas compatibles con efectos placebo negativos, lo que finalmente podría hacer fracasar la terapéutica.

Algunos pacientes "son obedientes" y siguen un tratamiento porque temen "represalias" de distinto tipo, desde que la enfermera o el médico a cargo "se fastidien" y no acudan rápido ante un llamado urgente, hasta la pérdida de la estima de su médico, pasando por el concepto de que "discutirle" al médico una indicación es una falta de respeto que lo ofendería.

A veces, los pacientes actúan frente a la figura de autoridad que el médico representa, según un modelo infantil, como niños temerosos de enojar a sus padres.

Esto puede amplificarse cuando se padecen enfermedades graves o en las internaciones prolongadas.

Recordar:

- ❖ El que padece la enfermedad es un verdadero "experto" en cuanto a los malestares y al sufrimiento que ésta le produce.
- ❖ Es conveniente escucharlo respetuosa y empáticamente.
- ❖ Solo así se podrá traducir con precisión a la terminología médica dicho sufrimiento para poder comprender desde el mundo de la medicina, qué le pasa al enfermo.

Cuando el médico no toma en consideración al paciente:

En la práctica diaria no es raro que el médico descalifique al paciente cuando lo que siente no es "lo que debería sentir", cuando no responde al tratamiento prescrito, cuando desde la óptica del médico el paciente "exagera" el dolor, cuando desde la misma óptica "no aguanta ninguna molestia", etc.

Algunos médicos sienten que tener en cuenta las quejas de sus pacientes es ceder a "sus manejos" .

Así, que no modifican la medicación indicada si están convencidos de que las molestias del enfermo se deben a "sugestión", "somatización" o "histeria".

Las molestias o quejas del paciente son síntomas que tienen algún significado que es preciso develar.

Tener en cuenta lo que el enfermo dice, implica no descalificarlo y respetarlo como persona.

Si la relación médico-paciente es vivida como un campo donde se juega el dominio sobre el otro, donde el binomio menester-amor (Laín Entralgo-Modelos), se transforma en una lucha sometedor-sometido, el buen resultado será lograr que la queja se acalle, aunque el problema no se haya resuelto.

Hay que considerar que las situaciones que se presentan en medicina son tan variadas y diferentes como lo son los individuos mismos.

Habrán circunstancias en las cuales el polo dominante lo ejercerá el médico y otras en que dicho polo será ejercido por el paciente y/o su familia.

Es importante recordar que dirigir en una situación determinada, no implica la desvalorización del otro como interlocutor, cuando dicha dirección se ejerce sin sometimiento ni descalificación del otro como persona.

Encuadre

Es un concepto del psicoanálisis que puede traspolarse a otro tipo de actividad terapéutica si consideramos, siguiendo a Blejer, que el encuadre está constituido por todo aquello que no cambia en una relación terapéutica.

En la relación médico-paciente el encuadre está constituido por las condiciones que son pactadas entre el paciente y el médico al inicio de la primera consulta y comprende todas las reglas y normas dentro de las cuales se va a desarrollar la relación .

Comprende el horario y los días de atención.

Las reglas que conciernen a la puntualidad tanto del paciente como del médico.

La forma de comunicarse en las urgencias, los feriados o los fines de semana si fuese necesario.

La modalidad de atención durante el período de las vacaciones.

El encuadre ha de ser estable y si por alguna razón justificada debiera ser modificado, se le debe comunicar al paciente dicho cambio a fin de darle la oportunidad de aceptarlo o rechazarlo e incluso, cuando fuera posible, de permitirle participar en la modificación .

Las normas y las reglas que rigen el encuentro entre el médico y el paciente, sirven como marco a la relación y funcionarán como una referencia concreta del estilo relacional que el médico propone.

Encuadre en las instituciones:

En los tratamientos que se realizan en instituciones, ocurren cambios con respecto a los asuetos, vacaciones, lugar en donde se atiende, etc., cuya imprevisibilidad puede ser también incorporada al encuadre como tal, acordando con el paciente cuál será el proceder ante alguna circunstancia sorpresiva o no prevista.

Pacientes ambulatorios:

Cuando los pacientes son ambulatorios, los acuerdos y negociaciones que van configurando la modalidad comunicacional de la relación, se irán gestando con el transcurrir del tiempo aunque es conveniente que las condiciones de la consulta sean claras desde el primer momento.

Pacientes internados:

Con los pacientes internados las normas que rigen la relación están pautadas por la institución y su modificación está menos sujeta a la voluntad de los individuos, sean éstos pacientes o miembros del equipo de salud.

Cambios del encuadre:

El paciente podrá aceptar el encuadre o gestionar cambios según las particularidades del problema que lo aqueja .

Cuando se padecen enfermedades serias, se realizan tratamientos y estudios que implican un alto grado de disponibilidad, no solo emocional sino material, que insumen mucho tiempo con horarios que no pueden ser adaptados a cada individuo particular por razones de organización, puede ocurrir que el paciente se vea obligado a suspender consultas, cambiar turnos, etc.

Algunos tratamientos se realizan con internación de varios días y no es infrecuente la necesidad de aisla-

miento como ocurre con las neutropenias durante la quimioterapia oncológica.

Esto implica que en el encuadre deban contemplarse todas estas circunstancias que en la práctica significan, poder cambiar hora y/o días de consulta, concurrir a ver al paciente durante la internación y sobre todo haber establecido un sistema de comunicación que permita tanto al paciente como a sus familiares ubicar al médico fuera de los horarios habituales, en caso de necesidad y/o urgencia.

El médico puede permitir comportamientos especiales siempre que tenga clara conciencia de por qué lo hace.

Ej : Un paciente fue internado en Clínica Médica para un estudio diagnóstico por sintomatología compatible con cáncer de colon. Fumador de 60 cigarrillos por día, al segundo día comenzó a padecer angustia, desasosiego e insomnio que se interpretaron como un síndrome de abstinencia tabáquica.

El médico de cabecera le indicó medicación ansiolítica y además lo autorizó a realizar cuatro salidas de la sala por día para fumar en la cafetería del hospital, ya que estaba prohibido hacerlo en la internación.

Transgresión del encuadre :

El hecho de haber pactado las normas y reglas que regirán los encuentros entre el médico y el paciente, o las rutinas durante la internación, permite observar el no cumplimiento de dicho pacto por parte de algunos pacientes.

Cuando un enfermo o sus familiares transgreden el encuadre, esto debe ser tomado como un signo psicosemiológico cuyo significado es conveniente investigar.

1-Angustia:

La angustia es la causa más frecuente .

Los pacientes llegan mucho antes al consultorio o llaman reiteradamente por teléfono a su médico, porque necesitan la contención que les brinda la comunicación con él.

También se pueden confundir y concurrir a ver a su médico en un día y hora que no eran los convenidos, debido a la desorganización que les produce el trastorno emocional que padecen.

En estos casos, podríamos considerar que no se trata de una transgresión verdadera, sino más bien de un encuadre que no tuvo en cuenta la gravedad de la angustia del enfermo y al cual el paciente no podía ajustarse.

De todas formas, en estos casos, si la angustia se atenúa o desaparece por la utilización de psicofármacos y /o contención psicológica, el síntoma, es decir, la transgresión, desaparece.

2-Ser el "favorito"

Algunos pacientes sienten la necesidad de ser atendido siempre de un modo "preferencial", de ser centro de interés, etc.:

Estos pacientes siempre están solicitando excepciones en el horario, los turnos, etc.

Son los que llaman en horarios inoportunos al médico por problemas que podrían haber esperado.

Se ingenian para conseguir el teléfono particular del médico y lo llaman muy temprano a la mañana "antes de que el doctor se vaya al hospital" o el domingo a la noche "porque siempre lo encuentro" o al mediodía "a esa hora lo localizo porque al Dr. le gusta almorzar en la casa".

Este tipo de situaciones son difíciles de manejar ya que, cediendo a los requerimientos de estos pacientes, se fortalece su estilo de comportamiento y, al hacerles observaciones, se ofenden con gran facilidad y se sienten desatendidos.

3-Imposibilidad de esperar:

Se trata de pacientes que no pueden tolerar no ser atendidos de inmediato independientemente de la gravedad del problema que los aqueje.

Se trata de personas inmaduras, con poca tolerancia a la frustración, que generalmente pretenden mejorar de sus dolencias con rapidez y que llaman permanentemente a sus médicos cuando esto no ocurre.

Generalmente suelen ser pacientes agradecidos que reconocen su ansiedad y saben que este rasgo puede ser molesto para a los otros. Cuando es así, y tienen conciencia de su estilo de comportamiento, aceptan sin sentirse mal las observaciones de su médico.

4-El encuadre como imposición autoritaria

La imposibilidad de respetar normas puede deberse a que éstas se viven como "imposiciones", no como acuerdos entre partes.

Estos pacientes tampoco pueden esperar como en el caso anterior, pero para ellos el tema no es la ansiedad que despierta la no satisfacción inmediata de la necesidad o del deseo, sino más bien el percibir las reglas como imposiciones que tienen como objetivo el sometimiento, cuando ellos mismos desean ser los dominadores.

Se inicia así una verdadera "lucha por el poder", que se traduce en una serie de conductas que los médicos, las enfermeras y las secretarías viven con desagrado por lo inadecuadas .

Estos pacientes se adelantan a los turnos de los otros, tratan siempre de obtener alguna "ventaja", no concurren a la consulta y se excusan en la "ineficiencia" del personal administrativo, evitando el hacerse responsables.

Este tipo de paciente sigue con dificultad las indicaciones médicas.

Es importante tener en cuenta que para poder evaluar las transgresiones del paciente, el médico no debe ser transgresor .

El encuadre que se le propone a los pacientes debe poder ser cumplido por el médico.

Ej:

Una joven de 25 años fue internada en un hospital público para realizar el segundo tiempo de una cirugía traumatológica.

Se la internó aunque no había turnos de quirófano disponibles para que "no perdiera la cama".

Diez días después todavía no había podido ser operada por problemas de tipo administrativo.

La paciente que se sentía saludable y estaba internada por razones ajenas a una situación médica, decidió salir a pasear un fin de semana.

El lunes siguiente el jefe de la sala, indignado por su comportamiento la amenazó con expulsarla del hospital si tal situación volvía a repetirse, pretendiendo sancionarla por la transgresión de las reglas, cuando su internación por razones no médicas era una transgresión en sí misma.

Significados no compartidos

Los significados no compartidos sin que las partes hayan registrado ese disenso producen serias fallas comunicacionales.

Muchas palabras médicas se han vulgarizado merced a los programas de divulgación sobre medicina y psicología, que se transmiten por los medios de comunicación masiva .

Es habitual que las personas utilicen terminología médica con significados propios.

Una forma de prevenir los malentendidos consiste en estar atento a la utilización que se hace de las palabras técnicas y al significado que algunas de ellas tienen para la población general.

Es importante que los pacientes tengan oportunidad de preguntar y cerciorarse de que comprendieron bien.

Se debe tener presente que a todo lo que sucede en el marco de la relación, especialmente durante la internación, se le suelen atribuir significados propios generalmente amenazadores, debido sobre todo a la incertidumbre de la situación.

A veces lo que se dice en broma puede ser tomado en serio y otras veces exclamaciones o gestos pueden resultar atemorizantes.

Ej :

1-Un paciente se angustió al punto que requirió consulta psiquiátrica cuando su médico oncólogo le informó que tenía metástasis en hígado de su cáncer de colon.

El médico no entendía por qué el paciente se había descompensado emocionalmente cuando desde el principio él sabía que tenía "invasión peritoneal y ganglionar".

El paciente se asustó ante el hecho de tener "el hígado tomado" que para él era sinónimo de incurabilidad.

No le había dado esa trascendencia al diagnóstico inicial.

2- Una paciente se negaba a las venopunciones, porque en una extracción anterior la enfermera había exclamado "¡se reventó la vena!".

La enferma interpretó literalmente lo que escuchó.

II-La relación entre colegas.

La complejidad de la medicina moderna exige trabajo en equipo y frecuentes interconsultas.

La falta de armonía y tolerancia entre los miembros del equipo de salud, además de perjudicar el funcionamiento del propio equipo y a sus integrantes individualmente, genera angustias e incertidumbre en los pacientes cuando ellos perciben estas tensiones, lo que no es de extrañar, debido sobre todo a la intensa observación que realizan de los gestos, actitudes y hasta de los tonos de voz de quienes los atienden.

El control en los miembros del equipo de salud

Tradicionalmente la medicina y los médicos se manejaron con un estricto sistema de organización jerárquica clara-

mente establecida.

El control no se compartía ni se cedía a nadie.

Pero en la actualidad, esto está cambiando porque se tiene más conciencia de la necesidad de respetar los derechos de los pacientes y de trabajar en equipo.

La difusión del beneficio que brindan algunas técnicas en las que el paciente es más participativo, como los grupos de autoayuda y la incorporación de conceptos holísticos e integradores han logrado que el paradigma biopsicosocial vaya siendo cada vez más aceptado .

Es cierto que, también influyen el aumento de los juicios de mala praxis médica, que el gerenciamiento de la salud ha vuelto el problema más complejo y que hoy en día existen proveedores, administradores, clientes, pacientes...

Las interacciones en la actualidad son más complicadas y obligan a negociaciones permanentes.

También se han incrementado los conflictos.

No es posible ejercer la medicina actual si no es en equipo, y es imposible trabajar en equipo con esquemas rígidos de control .

Hay que tener conciencia de que colaborar significa que el individuo pierde el control de la situación y que dicho control pasa a ser compartido.

Ej:

Situación 1 . Control relacional

Médico a la enfermera :

- "Por favor, alcánceme la historia del paciente de la cama 303"

Respuesta de la Enfermera al médico:

1-"Ahora no puedo porque estoy haciendo una medicación".

2-"Enseguida la traigo". (Abandona lo que está haciendo)

3-"No puedo porque estoy haciendo una medicación urgente pero la historia la encontrará sobre la mesada".

Interpretación del ejemplo :

1-Relación dónde ambos afirman el dominio. Nadie se subordina al otro = Rel. simétrica.

2-La enfermera acepta el dominio del médico = Rel. complementaria.

3-La enfermera mantiene el control sobre su área y decide la prioridad de lo que se le demanda, pero le brinda la información al médico para que obtenga lo

que necesita = Rel. paralela.

Ej.:Situación 2 . El control como afrontamiento

Una estudiante de medicina durante la recorrida de sala que realizó junto a un equipo de médicos presenció la curación de la escara de un paciente terminal.

Este hecho le causó un profundo impacto, ya que era la primera vez que presenciaba una curación de ese tipo. Cuando se reunieron para discutir el caso, la alumna les preguntó a los médicos del equipo si cuando curaban a la paciente pensaban en ella como persona o solamente veían "el agujero" de la escara.

Respuestas :

Médico 1 : "en realidad pensar que el enfermo es una persona que necesita mi ayuda, me permite realizar estas técnicas".

Médico 2 : "yo pienso en la escara, por ejemplo estoy atento a si existe "la granulación".

Médico 3 : "si pensara en la persona no podría ni empujar a curarla".

Significado de las respuestas :

Médico1- Racionalización altruista : "si le hago daño es por su bien".

Médico2-Objetivación científica: el médico se concentra en la observación semiológica de

la escara, disociando el hecho de que está en el cuerpo de una persona.La objetivación suprime la co-vivenciación empática que como veremos, es un proceso relacionado con la identificación.(Ver "Empatía" en "aspectos psicoterapéuticos de la relación médico-paciente").

Produce como efecto una disociación operativa

Médico 3-Este médico utiliza como mecanismo la supresión, es decir que se propone no pensar en la persona porque teme que si no lo hiciera así , no podría accionar como médico.

Estas respuestas evidencian los mecanismos de afrontamiento que cada uno utiliza para conservar la serenidad suficiente como para poder realizar su tarea.

Son estrategias de afrontamiento destinadas a sostener una disociación operativa útil que posibilite la mejor realización del acto terapéutico.

El control en estos casos es cognitivo.

Ej.:Situación 3 : El control omnipotente

Un paciente varón de 40 años, con un trastorno narcisista de la personalidad fue internado para recibir quimioterapia .

Se sentía bien. Estaba animado y tranquilo. Tenía absoluta seguridad en su curación y se sentía fuerte .

Pensaba que él podía “manejar perfectamente el problema”.

Antes del alta comenzó a padecer fiebre a raíz de una infección como consecuencia de una intensa neutropenia.

Toda su fortaleza y seguridad se desmoronó. Se tapaba hasta la cabeza con la sábana, dejó de alimentarse, de escuchar radio, de ver televisión.

Se sentía morir y deseaba morirse.

No podía tolerar que la enfermedad hubiera escapado a su control.

Su habitual omnipotencia se había transformado en impotencia.

En cuanto la fiebre cedió, el enfermo recuperó instantáneamente su seguridad.

Luego del alta fue muy difícil manejar la medicación ya que le resultaba imposible cumplir ningún horario, ni los de las consultas de control ni los de toma de los medicamentos.

No podía obligarse a sí mismo a cumplir con normas y compromisos ni siquiera cuando su salud y su vida estaban en juego.

El estrés del profesional de la salud

1-Estrés propio del rol:

La atención de personas enfermas genera por sí misma estrés, tanto en los tratamientos ambulatorios como en la internación.

Algunas especialidades y tareas son particularmente estresantes, la oncología, la cirugía, la infectología sobre todo desde el advenimiento del SIDA, las unidades de terapia intensiva, especialmente las pediátricas y las neonatológicas, así como también las unidades coronarias y las de trasplante de órganos y de médula ósea, la psiquiatría sobre todo en el área de pacientes severamente perturbados, los servicios de emergencia, las unidades de diálisis, etc.

La tarea médica exige resolver constantemente problemas, la mayoría de las veces con suma rapidez y en muy poco tiempo.

Las decisiones que el médico propone generan casi siempre cambios en la vida de los pacientes y de sus familias, lo que significa una gran responsabilidad.

El estar en permanente contacto con las entidades que constituyen los grandes miedos de la humanidad tales como la enfermedad , la locura y la muerte , también se

cobra su precio en términos de agotamiento psíquico y físico del profesional.

Todo esto constituye el estrés propio de la tarea de los trabajadores de la salud.

Pero además existen situaciones en el trabajo cotidiano que perturban la comunicación y el rendimiento profesional, tales como:

2-Las dificultades en el ejercicio del rol .

Se relacionan con el hecho de que con cierta frecuencia algunas tareas sean desempeñadas por profesionales que carecen de la preparación y/o de la experiencia necesarias.

Por ejemplo, supervisores y coordinadores con poca capacidad de organización y/o escaso dominio de la dinámica de grupos, profesionales de poca experiencia a cargo de decisiones que los exceden, etc.

3-La sobrecarga en la tarea.

Gran parte de las actividades que se realizan en las instituciones no corresponden a la función propiamente dicha, sino que suplen carencias de dichas instituciones.

El tiempo que insume conseguir los resultados de los análisis o preparar un alta sin un servicio social suficiente, o con escaso personal administrativo.

Trabajar en exceso y presionados porque hay siempre menos personal del que se necesita, con una gama reducida de medicamentos disponibles para ser utilizados, con sistemas de comunicación obsoletos, pocas líneas de teléfono, ascensores que no funcionan y tardan en repararse, falta de camillas, de sillas de ruedas, etc.

4-Síntomas del estrés crónico:

Si al estrés propio de la actividad se le añaden dificultades en el desempeño del rol y además existe sobrecarga de las tareas y si estas circunstancias persisten en el tiempo, puede aparecer sintomatología propia de las situaciones de estrés crónico tales como, tensión, cansancio fácil, irritabilidad, insomnio, desmotivación hacia la tarea, poca tolerancia para las frustraciones y disminución de las capacidades y/o afectivas e intelectuales, lo que si bien eventualmente podría desembocar en la instalación de un verdadero síndrome de burnout , inevitablemente producirá serias dificultades en la relación entre los colegas y por último con los pacientes y sus familiares.

En esta situación se movilizan defensas más primitivas como la omnipotencia, negación, idealización, disociación, proyección, como un intento de afrontar y superar las situaciones estresantes.

Resulta muy difícil sostener una distancia operativa útil en estas condiciones.

La evitación puede generar olvidos, por ejemplo de pedidos de fármacos y omisiones como el no registro de datos importantes en la historia clínica, o en el libro de indicaciones para enfermería.

Las identificaciones excesivas pueden perturbar la organización y ejecución de estudios cruentos, la disociación muy exagerada dificulta la empatía y puede promover la realización de estudios innecesarios, porque objetiva al enfermo que se transforma en un medio para aprender.

Ej :

Omnipotencia : “ Yo puedo”.

Se trata del miembro del equipo de salud que siempre está dispuesto a quedarse cuando nadie puede hacerlo y que siempre disculpa al que no le toma la guardia .

Negación : “Me siento perfecto”

Cuando es manifiesto el cansancio. No lo registra conscientemente.

Idealización : “Ud. llámeme que yo siempre le contestaré”

Algunos médicos sienten que su disponibilidad debe ser incondicional y además de tener esta convicción idealizada de la tarea, se la transmiten a sus pacientes.

Disociación : se trata del médico desafectivizado como un recurso destinado a disminuir el agotamiento emocional que produce el contacto empático si no se sabe modular y tomar distancia.

Proyección : “Mis compañeros se molestan cuando llego tarde porque son muy “obse””.

Dificultades con los otros miembros del equipo de salud.

Los mecanismos defensivos mencionados anteriormente, sobre todo las identificaciones exageradas, pueden generar alianzas no concientes con uno o varios miembros del equipo asistencial contra uno o varios otros, del mismo modo que los mecanismos proyectivos pueden funcionar para que lo bueno quede depositado en algún miembro y lo agresivo y hostil en otro.

Interconsulta:

Algunas actividades como las interconsultas generan situaciones especiales, ya que un especialista en un área está entrenado para manejarse con eficiencia en su campo y cuando realiza una interconsulta de un paciente internado, sobre todo si el caso es complejo, se puede encontrar con situaciones cuya dinámica no le es habitual .

Si el interconsultor es vulnerable porque está estresado o simplemente muy cansado, probablemente funcionará de manera estereotipada, es decir según esquemas que

le fueron útiles en otras oportunidades: se exacerbará su omnipotencia y autoidealización y se sentirá o muy superior al resto del equipo médico o bien superado por la situación y tenderá a pensar que no sirve para la tarea con lo cual se incrementará su estrés.

Multidisciplina-Interdisciplina:

También hay que tener en cuenta que los miembros del equipo de salud provienen de distintas disciplinas que, por lo general, se estudian en su mayor parte aisladas las unas de las otras .

Durante las respectivas carreras si bien se enuncia la multidisciplina, no se propone un análisis profundo ésta acompañado de la correspondiente práctica, salvo en algunas pocas escuelas médicas.

Los estudiantes de Medicina, por ejemplo, tienen poca claridad y una idea muy limitada acerca del rol que cumple la enfermería, los trabajadores sociales, los kinesiólogos, los nutricionistas, los psicólogos, los bioquímicos, etc...

Cuando se forma el equipo de salud, que es multidisciplinario por definición, la integración interdisciplinaria resulta difícil de lograrse y cada miembro tiende a funcionar aisladamente centrado en la perspectiva de su propia disciplina.

Entre los enfermeros y los médicos de los servicios de internación, a pesar de que trabajan a la par, suele haber muy poca interacción.

Muy rara vez los enfermeros asisten a los ateneos clínicos.

Los malos entendidos acerca de las obligaciones y actividades propios de cada profesión generan conflictos.

En la medicina moderna surgen nuevas funciones a desempeñar por las/los enfermeros o las/los trabajadores sociales que pueden generar confusión y conflictos de competencia, del mismo modo que diversas especialidades médicas se disputan ciertas patologías.

Esta falta de definición clara de las pertinencias e incumbencias suele ser conflictiva.

Indudablemente algunas de las dificultades enumeradas se resolverían más fácilmente si los profesionales ya desde estudiantes, interactuaran compartiendo algunas materias o algunas clases de las carreras, realizando seminarios o grupos de estudio multidisciplinarios en los que la interdisciplina pudiera ser practicada primero para ser teorizada después.

III-Relaciones del Paciente con su Familia.

La enfermedad ejerce un efecto disruptivo en la familia y determina cambios en su funcionamiento por

el "reacomodamiento" de roles y funciones, en un intento de lograr adaptarse a la nueva situación.

Puede haber alteraciones en las metas del grupo o en las metas individuales, cambios en los roles, en los modelos de comunicación, en el estilo de vida familiar. Puede haber también dificultades para adaptarse a la nueva situación.

Roles familiares.

Según la posición del miembro enfermo la disrupción de la enfermedad variará. No es lo mismo que la persona afectada sea una madre joven con hijos pequeños, el padre cuando es único sostén económico de la familia, un hijo adolescente o un abuelo.

Del mismo modo, las enfermedades agudas producen más impacto y las crónicas, mayor agotamiento y desgaste físico y emocional.

Cuando la enfermedad produce como efecto reactivo en el grupo familiar confusión e indefinición o incremento de la rigidez en los roles familiares, el desajuste suele ser mayor.

Las familias con roles rígidos tienen mayores dificultades para realizar cambios adaptativos.

En general algún miembro de la familia, habitualmente la pareja, compensa las tareas y actividades que el miembro enfermo no puede realizar.

Luego de un tiempo, de ser esto posible, es conveniente asesorar a la familia para que algún otro miembro o una persona empleada realice dichas actividades, a fin de prevenir el agotamiento que se produce a largo plazo si la situación se prolonga.

Comunicación familiar.

Cada familia tiene su propia forma de compartir las "buenas" y las "malas noticias".

En algunas se conversa, se discute, se llora. En otras se pelea con facilidad. Los temores casi nunca se expresan de igual manera.

En general, cuando hay niños pequeños las parejas solicitan asesoramiento acerca de qué informarles a los hijos.

El médico debería averiguar si la pareja habla acerca de la enfermedad y la muerte en caso de patologías graves y derivar al Psiquiatra a aquellos pacientes con un estilo

de comunicación muy cerrado, donde no se comparten los temores, si tal estilo está originando sufrimiento psíquico o si el médico piensa que lo puede llegar a producir en el futuro.

Apoyo Familiar y Social

Nunca se dudó acerca de la importancia de la familia en los niños y los adolescentes sanos y también en los enfermos. El concepto se ha extendido y actualmente, ya no quedan dudas acerca de la importancia que tiene la familia, o quien cumpla con el rol de tal, como soporte de las personas que padecen enfermedades graves.

Se ha comprobado que los pacientes se desajustan menos cuando están contenidos en lo emocional por alguien afectivamente importante para ellos.

En los ancianos y en los niños es donde se observa con mayor claridad esta característica. Por esta razón, en la internación de estos últimos resulta indispensable la presencia de la madre o el padre y en cuanto a los ancianos, su cuidado por personas de su entorno habitual es una de las medidas que disminuyen la frecuencia de los episodios confusionales durante las internaciones.

Los pacientes con apoyo familiar y/o social, al sentirse más amparados, suelen instrumentar estrategias de afrontamiento más adecuadas y por lo tanto no aparecen comportamientos maladaptativos, tales como reiniciar o incrementar el fumar, el beber en exceso, el no descansar lo suficiente, etc. (Bloom y colaboradores. 1982).

Resulta evidente en la práctica clínica, que los pacientes amparados por el afecto y el cuidado de sus amigos y/o sus familiares toleran mucho mejor, con descompensaciones emocionales de menor severidad y frecuencia de aparición, la enfermedad y los tratamientos instituidos.

Cohen y Mc Kay (1984), plantearon que el apoyo social, en forma de consejo o información proporcionada por otros, puede influenciar en la valoración que el sujeto hace de su situación de enfermedad como amenaza. Un número importante de estudios muestra que la presencia de un adecuado soporte social, puede reducir o atemperar el impacto negativo de la enfermedad. (S. Cohen y T.A. Wills, 1985; S. Cohen y S.L. Syme, 1985; Wortman, 1984).

No todos los individuos se comportan igual con relación a este tema:

Según datos obtenidos en un interesante estudio, realizado por la investigadora argentina Dra. en Psicología Graciela Alicia Omar, la "dimensión temperamental introversión-extroversión", evidenciada mediante el EPQ (Eysenck Personality Questionnaire), define la inclinación a la búsqueda de apoyo social.

Resulta por lo tanto, que los individuos extrovertidos tienden a utilizar esta estrategia de afrontamiento con mayor frecuencia, dejando en segundo lugar el intento de resolver activamente el problema .

Esta verdadera capacidad es utilizada por las personas que se caracterizan por una mayor plasticidad social, siendo este comportamiento más frecuente entre las mujeres que entre los varones .

Se está intentando correlacionar el apoyo social con la sobrevivida en los enfermos de cáncer.

Aunque todavía no existe evidencia para afirmar o descartar esta relación, es interesante mencionar que en un estudio con el cual se evaluó el soporte social, el humor y la actividad NK, entre pacientes con cáncer de mama, la falta de apoyo social predijo una actividad NK más débil (1985-87).

Estos hallazgos tienen especial significación ya que la actividad NK disminuida, estaba fuertemente asociada con estado de nódulo positivo (1987, Levy) .

La importancia del apoyo familiar y social en la calidad de vida de los enfermos está claramente definida.

La relación del médico tratante con la familia o con quienes cumplen la función de apoyo del paciente, constituye un tema que siempre se menciona, pero que en la práctica es uno de los que menos se ejercita.

IV- La relación del médico con la familia del paciente.

Apoyo a la familia del paciente

La mayor parte de los problemas que se plantean en la comunicación entre el médico y la familia del paciente están directamente relacionados con la necesidad de dicha familia de ser a su vez apoyada e informada.

Las familias de las personas enfermas suelen padecer un considerable estado de estrés, a tal punto que por ejemplo, se ha evidenciado que el ser familiar a cargo o cuidador de un paciente con enfermedad de Alzheimer constituye un factor de riesgo de padecer depresión.

Del mismo modo lo es el ser familiar de un enfermo oncológico avanzado.

Para que un grupo familiar o un miembro de una familia pueda funcionar como apoyo de un paciente grave durante un tiempo prolongado, es necesario que el equipo tratante dedique un espacio y un tiempo a su contención.

Este espacio dedicado al familiar debe surgir desde el equipo médico

Los familiares de los pacientes sienten que sus angustias y pesares son de menor importancia frente a la enfermedad del ser querido, y, por lo tanto, consideran poco pertinente ocupar el tiempo del profesional tratante con ellos mismos.

Es cierto que hay familiares demandantes, angustiados, que bloquean la comunicación del médico con su paciente pretendiendo ser ellos el centro de la atención y los hay posesivos y dominantes que pretenden dirigir todo lo que se le proponga al enfermo.

Pero la única manera de lograr el bienestar del paciente en estos casos, es tratar de comprender el funcionamiento de estas personas, para poder contenerlos, orientarlos y esclarecerlos, en lugar de enojarse con ellos.

Esto exige disponer de más tiempo del que se dispone en la realidad médica actual.

Se ha observado que, cuando asisten familiares a las entrevistas con pacientes, los médicos explican más, los pacientes o sus familiares preguntan más, y por supuesto, la entrevista dura el doble de tiempo.

Información a la familia del paciente

Para que el familiar o el amigo que apoya al paciente pueda cumplir con esta tarea tan importante, debe conocer cuál es la situación a la que se está enfrentando.

Brindar información no es solamente dar un diagnóstico y recitar una serie de cifras estadísticas pronósticas.

Las personas que no son profesionales de la salud no poseen conocimientos acerca de las enfermedades, no saben qué significan en concreto, cómo evolucionan, qué puede esperarse, cuáles son los síntomas de riesgo y por lo tanto, cuándo corresponde llamar al médico y qué síntomas en cambio son de poca importancia.

En las enfermedades de larga evolución estas nociones se adquieren si el familiar puede conversar periódicamente con el médico, con o sin la presencia del paciente, pero con su conocimiento y acuerdo.

No se trata de darle al familiar información que se le niega al paciente, sino de prepararlo para pueda ayudar mejor.

En la actualidad se tiende a comunicarles a los pacientes su diagnóstico, aunque es cierto que, si los familiares solicitan una consulta, se les suelen dar más detalles acerca de la enfermedad que al enfermo mismo.

Del mismo modo se habla más francamente del pronóstico con la familia cuando éste es ominoso.

También es cierto que no todos los pacientes preguntan, en especial al principio de su enfermedad.

Cuando el padecimiento progresa y el deterioro es importante, los enfermos tampoco preguntan demasiado, salvo casos excepcionales.

Función de la familia en la enfermedad

Las familias pueden actuar de muy diversas maneras con respecto al equipo de salud, cuando uno de sus miembros se enferma.

Algunas veces, estos modos de comportamiento son mecanismos de defensa por la angustia que produce la enfermedad de un ser querido.

Pero ciertas formas de accionar y conducirse tienen también que ver con alguna disfunción de la familia anterior a la enfermedad de uno de sus miembros, o con problemas psicopatológicos individuales, o con ambas circunstancias.

1-Colaboración:

Las familias que suelen funcionar con esta modalidad, tratan de ayudar, aportan información, toman compromisos y los cumplen, haciéndose por ejemplo, responsables de la medicación.

En las internaciones domiciliarias es de gran utilidad detectar el o los familiares que podrán desempeñar esta función.

2-Obstaculización :

Suelen ser, familias sobreprotectoras, ansiosas, cuestionan las medicaciones, consultan excesivamente, perturban el vínculo y producen fastidio en el médico.

Suele ser bastante frecuente que, sobre todo a los niños, los ancianos o a los enfermos psiquiátricos, este tipo de familia no les administren los medicamentos indicados por el médico por los efectos secundarios que producen, sin advertir que la suspensión farmacológica muchas veces retrotrae el problema a sus inicios, perdiéndose todo lo ganado con el tratamiento.

A veces, los familiares se sienten molestos por el vínculo afectivo y de confianza que se instala entre el médico y el enfermo y generan dificultades por celos o envidia .

3-Complicidad con el médico:

Son los que informan al médico lo hace el paciente sin que éste lo sepa, pues temen que él no le cuente "la verdad".

Con algunas personas con patologías especiales tales como las adicciones, el alcoholismo o las psicosis, estas conductas se justifican por la preocupación ante los

riesgos que corren y/o la alteración del juicio crítico que pueden padecer. Pero otras veces se trata de la intolerancia de familiares hacia un comportamiento del paciente que ellos no aprueban por no considerarlo sano.

4-Control del equipo médico.

Durante las internaciones algunos familiares parecen dedicarse a auditar la forma en que el paciente es atendido, si lo vienen a revisar y cuántas veces lo hacen , si son amables, si lo examinan etc.

Suelen quejarse al médico de cabecera de "los desastres" de la sala y con los médicos de ésta se lamentan de que "el médico de cabecera viene poco".

Es importante advertir las manipulaciones de este tipo para no tomar partido y también, discriminar cuándo las familias de los pacientes presentan quejas por problemas reales que deben ser atendidos.

Resumen

I-Relación entre el médico y el paciente:

Una relación médico-paciente adecuada producirá en la mayoría de los casos, una mayor habilidad por parte de los pacientes para elaborar estrategias de afrontamiento más efectivas respecto de la enfermedad y una mejor adhesión a los tratamientos prescritos.

Ser médico. Ser paciente.

Características de ambas situaciones.Expectativas del médico y del paciente.

Los malentendidos y las expectativas inadecuadas son generadores de distorsiones en el vínculo y de fallas en el accionar médico.

Para que el proceso comunicacional se instale debe existir acuerdo expreso o tácito acerca de lo que cada uno espera del otro en el campo donde se despliega esta relación.

El estar enfermo.

Vivencia de enfermedad: malestar, aislamiento y anormalidad. Preocupación por el funcionamiento corporal.

No es posible la instalación de un vínculo terapéutico si no existe la comprensión empática de la vivencia de enfermedad.

Tipologías de control de la enfermedad:

El control es personal o individual cuando se refiere a las estrategias orientadas a sostener una aspiración de dominio de la enfermedad. En estos casos la persona tiene la sensación de manejar y controlar las propias acciones.

Hablamos de control relacional cuando nos referimos a la capacidad para modificar las relaciones o influir en los demás.

Tipología de control de Thompson

-Control comportamental :

Consiste en la utilización de algún tipo de conducta como por ejemplo las técnicas de relajación, de visualización, el yoga, tai-chi-chuan, la actividad física, las actividades artísticas o manuales, etc.

Las personas que utilizan este estilo de afrontamiento suelen ser activas, dinámicas, afrontadoras, no dependientes, inquietas, movedizas.

- Control cognitivo :

Son las modalidades que controlan el temor y la angustia mediante mecanismos cognitivos como las visualizaciones o las técnicas psicoeducativas.

Son de especial utilidad en los niños, las personas ansiosas o angustiadas, fóbicas, evitadoras, con tendencia regresiva, dependientes de los demás .

-Control informativo :

La información acerca de lo que está ocurriendo, su comprensión y conocimiento permiten sentir un mayor dominio de la situación.

Los sujetos racionales, omnipotentes, lógicos, planificadores, ordenados, organizados funcionan mejor con información detallada.

A las personas con rasgos fóbicos les asusta el exceso de información.

-Control retrospectivo:

Conocer de dónde surgió el problema, permite ejercer un mejor dominio de la situación.

Este estilo se observa en los razonadores, los lógicos, cuando existe un cierto grado de omnipotencia.

Siempre hay que tener en cuenta la personalidad de los pacientes, sus modalidades de afrontamiento y su grado de salud mental.

Locus de control :

Cuando el individuo cree firmemente que de su propia conducta depende lo que le acontece, se habla de Locus de control interno.

Cuando se cree que lo que determina hechos importantes de la vida depende principalmente de circunstancias externas, se habla de Locus de control externo.

Hay que considerar que favorecer la idea del control interno en situaciones que no dependen del individuo puede generar sentimientos de fracaso que se agregan al malestar previo.

La pérdida del control:

La internación hospitalaria es el lugar de máxima pérdida de la autonomía y el control de la situación.

Los pacientes necesitan creer que el equipo médico controla la situación .

No se puede hablar de autonomía y control en las decisiones si el paciente carece de la información adecuada.

La internación.

Características, incertidumbre, autonomía, privacidad.

Los familiares como acompañantes y apoyo durante la internación.

Responsabilidad : Conceptos – Conflictos .

Si bien hoy existe consenso en que los enfermos deben decidir acerca de los tratamientos que sus médicos les proponen, lo que los vuelve también más responsables del éxito o fracaso de dichos tratamientos, en la práctica médica cotidiana la aplicación de estos conceptos éticos se hace dificultosa por diversas razones. Sobrecarga laboral. Escasez de recursos. Condiciones para la toma de decisiones.

No es suficiente brindar la información técnicamente correcta. Es necesario que la explicación se realice en un lenguaje claro y conciso, adaptando la información al nivel de instrucción y a la capacidad de comprensión de cada enfermo.

Cuando se tuviera la convicción o la sospecha de la existencia de fallas en la cognición o de trastornos psiquiátricos que la alteren, corresponde consultar con algún miembro del equipo o servicio de Medicina Legal y con el servicio de Psiquiatría de la institución.

Todas las formas de pensar la responsabilidad sobre la enfermedad y la salud, los tratamientos, el derecho a decidir tanto del paciente como del médico, implican necesariamente que el profesional pueda aceptar y reconocer en los otros un pensamiento diferente del propio.

Autoridad versus autoritarismo

El médico tiene autoridad sobre su materia, lo cual facilita que se pueda confundir esta característica generadora de la asimetría con autoritarismo.

La autoridad no habilita a someter al otro a las decisiones médicas, aunque éstas sean tomadas en nombre del mejoramiento del enfermo y del bienestar del sano.

En la medicina actual se aceptan los derechos de los pacientes a decidir sobre ellos mismos, pero no se les obliga a hacerlo.

Por lo tanto, un enfermo puede optar por "ponerse en manos de su médico", lo cual en última instancia es una decisión.

Encuadre

El encuadre está constituido por las condiciones que son pactadas entre el paciente y el médico al inicio de la consulta y comprende todas las reglas y normas dentro de las cuales se va a desarrollar la relación.

El encuadre ha de ser estable y si por alguna razón que lo justifique, debe ser modificado, deberá comunicarse al paciente dicho cambio a fin de darle oportunidad de aceptarlo o rechazarlo e incluso, cuando esto sea posible, de permitirle participar en la modificación.

Significados no compartidos

Los significados no compartidos sin que las partes hayan registrado ese disenso producen serias fallas comunicacionales.

Es importante que se les de a los pacientes oportunidad de preguntar y cerciorarse de que comprendieron bien.

II-La relación entre colegas.

La complejidad de la medicina moderna requiere del trabajo en equipo y de frecuentes interconsultas.

El control en los miembros del equipo de salud:

Tradicionalmente la Medicina y los médicos se manejaron con un estricto sistema de organización jerárquica claramente establecida. El control no se compartía ni se cedía a nadie.

No es posible ejercer la medicina actual si no es en equipo, y es imposible trabajar en equi-

po con esquemas rígidos de control.

Estrés del rol.

La atención de personas enfermas genera por sí misma estrés, tanto en los tratamientos ambulatorios como en la internación.

Algunas especialidades y tareas son particularmente estresantes.

La tarea médica exige resolver problemas de modo permanente, la mayor parte de las veces con suma rapidez y en muy poco tiempo.

Las decisiones que el médico propone generan casi siempre cambios en la vida de los pacientes y sus familias, lo que significa una gran responsabilidad.

El estar en permanente contacto con las entidades que constituyen los grandes miedos de la humanidad tales como la enfermedad, la locura y la muerte, también se cobra su precio en términos de agotamiento psíquico y físico del profesional.

Pero además existen situaciones en el trabajo cotidiano que perturban la comunicación y el rendimiento profesional, tales como las dificultades en el rol y la sobrecarga en la tarea.

En esta situación se movilizan defensas más primitivas (omnipotencia, negación, idealización, disociación, proyección) para intentar afrontar y superar las situaciones estresantes.

Resulta muy difícil sostener una distancia operativa útil en estas condiciones.

La evitación o la identificación excesiva pueden generar olvidos y omisiones importantes.

Dificultades con los otros miembros del equipo de salud.

Los mecanismos defensivos mencionados anteriormente, sobre todo las identificaciones exageradas, pueden generar alianzas no conscientes con uno o varios miembros del equipo asistencial contra uno o varios otros, del mismo modo que los mecanismos proyectivos pueden funcionar para que lo bueno quede depositado en algún miembro y lo agresivo y hostil en otro.

Algunas actividades como las interconsultas generan situaciones especiales en sí mismas.

III-Relaciones del paciente con su familia.

La enfermedad ejerce un efecto disruptivo en la familia,

como consecuencia de los cambios que genera en su funcionamiento.

Roles familiares.

Según la posición del miembro enfermo, la disrupción de la enfermedad variará..

Del mismo modo las enfermedades agudas producen más impacto y las crónicas, mayor agotamiento .

En general algún miembro de la familia, habitualmente a pareja, compensa las tareas y actividades que el miembro enfermo no puede realizar.

Comunicación familiar.

Cada familia tiene su propia forma de compartir las "malas noticias".

En general, cuando hay niños pequeños las parejas solicitan asesoramiento acerca de qué informarles a los hijos.

El médico debería averiguar si la pareja habla acerca de la enfermedad y la muerte en caso de patologías graves y derivar al psiquiatra a aquellos pacientes con un estilo de comunicación muy cerrado, si dicho estilo está originando sufrimiento psíquico o si el médico piensa que lo puede llegar a producir en el futuro.

Apoyo Familiar y Social

Nunca se dudó acerca de la importancia de la familia en los niños y en los adolescentes sanos y también en los enfermos.

El concepto se ha extendido y actualmente, ya no quedan dudas acerca de la importancia que tiene la familia, o quien cumpla con el rol de tal, como soporte de las personas que padecen enfermedades graves.

Resulta evidente en la práctica clínica, que los pacientes amparados por el afecto y el cuidado de sus amigos y/o sus familiares toleran mucho mejor, con descompensaciones emocionales de menor severidad y frecuencia de aparición, la enfermedad y los tratamientos instituidos.

Cohen y Mc Kay ,(1984), plantearon que el apoyo social, en forma de consejo o información proporcionada por otros, puede influenciar en la valoración que el sujeto hace de su situación de enfermedad como amenaza. Un número importante de estudios muestra que la presencia de un adecuado soporte social, puede reducir o atemperar el impacto negativo de la enfermedad.

IV- La relación del médico con la familia del paciente.

Se ha comprobado que los pacientes se desajustan menos cuando en lo emocional están contenidos por alguien afectivamente importante para ellos.

Los problemas que se plantean con respecto a la comunicación entre el médico y la familia del paciente tienen que ver con la necesidad que tiene la familia de apoyo y de información.

Apoyo a la familia.

Para que un grupo familiar o un miembro de una familia pueda funcionar como apoyo de un paciente grave a lo largo de un tiempo prolongado, es necesario que el equipo tratante le dedique un espacio para contenerlo.

Información.

Para que el familiar o el amigo que apoya al paciente pueda cumplir con esta tarea tan importante, debe conocer cuál es la situación a la que se está enfrentando.

No se trata de darle al familiar información que se le niega al paciente, sino de prepararlo para que sepa qué debe hacer para ayudar mejor.

En la actualidad se tiende a comunicarles a los pacientes su diagnóstico, aunque es cierto que si los familiares solicitan una consulta se les suelen dar más detalles acerca de la enfermedad que al enfermo mismo. Del mismo modo, cuando el pronóstico es ominoso se habla más francamente de él con la familia .

Función de la familia en la enfermedad: colaboración, obstaculización, control, complicidad.

Referencias:

17 Levinson W. et al . "Good Communication is a key factor in avoiding malpractice suits". Journal of the American Medical Association. February 19, 1997. www.ahrq.gov/news/press/malpract.htm (pág 42 de WORD).

18 Catarsis: significa recordar un acontecimiento traumático con toda la carga emocional asociada. Produce alivio y es parte del proceso de elaboración. (pág 55 de Word)

19- Regresión: retorno a etapas superadas del desarrollo del pensamiento, de las relaciones de objeto, de la estructuración del comportamiento. Cada sujeto regresa a sus puntos de fijación. Diccionario de Psicoanálisis (pág 58)

20- Psiquiatría de enlace : se refiere a la psiquiatría que se dedica al tratamiento de los pacientes internados por problemas del área somática. Se caracteriza

por la realización de la Consulta (Interconsulta), la Docencia (Educación Médica Continua) y la Liaison o Enlace (aportes para mejorar el vínculo entre el paciente y los miembros del equipo de salud tratante).

(pág 63 y 64 de Word)

21- Negación: mecanismo de defensa del yo. Rechazo de la percepción de un hecho que se impone desde el mundo externo. (pág 67 de Word)

22- Disociación: mecanismo de defensa del yo que consiste en la separación del afecto de la representación. La calificación de "operativa" significa que dicha disociación se realiza con la finalidad de realizar una acción . (pág 82)

23- Síndrome de agotamiento psicofísico por estrés laboral. (pág 84)

24- Defensas primitivas son las que se utilizan más tempranamente en el desarrollo de la persona. Se instalan en una época en la que el Yo está en proceso de maduración y evolución.

Omnipotencia: sentimiento de ser todopoderoso.

Negación : no reconocimiento de que algo existe

aunque no pueda dejar de ser percibido. Idealización: las cualidades y el valor del objeto se elevan a la perfección (positiva), o se hundeen en la máxima denigración (negativa). Disociación: separación del afecto de la representación. Proyección : expulsión al exterior de sentimientos y representaciones.

(pág 85 de WORD)

25- Bloom , J. R. : Social Support, accommodation to stress and adjustment to breast cancer. Soc. Sci. Med., 16, 1329-1338. 1982 . (pág 90)

26- Jacobsen,P.B., Holland,J.C. : The Stress of Cancer: Psychological Responses to diagnoses and Treatment. In Cancer and Stress: Psychological, Biological and Coping Studies. Edit. By C.L.Cooper and M.Watson . John Wiley and Sons. 7:147-167. 1991 . (pág 90)

27- Rowland, J.,H. : Intrapersonal Resources: Coping . In Handbook of Psychooncology , Holland, J.C. and Rowland, H. Oxford University Press . 44-58. 1990. (pág 90)

28- Omar A.G.: Stress y Coping. Las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológico y psicológico. Edit.Lumen.Argentina.1995. (pag 91)

29- The Helen Dowling Institute for Biopsychosocial Medicine. Chapter 7 , Book 5. Swets and Zeithinger Publishers. Rotterdam. 1991.(pág 91)