



RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

MARÍA ANTONIETA RODRÍGUEZ ARCE



Editorial Ciencias Médicas

**RELACIÓN
MÉDICO-PACIENTE**

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE



Lic. María Antonieta Rodríguez Arce
Asistente de Psicología Médica de la Facultad
de Ciencias Médicas de Holguín



La Habana, 2008

Rodríguez Arce, María A.

Relación médico-paciente / María A. Rodríguez Arce.

La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008.

[viii], 116 p.

Incluye bibliografía al final de la obra.

ISBN 978-959-212-338-0

W62

1. RELACIONES MÉDICO-PACIENTE

Edición: Lic. Yudexy Pacheco Pérez

Diseño: Yisleidy Real Llufrió

Emplane: Amarelis González La O

© María Antonieta Rodríguez Arce, 2008

© Sobre la presente edición:

Editorial Ciencias Médicas, 2008

Editorial Ciencias Médicas

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas

Calle 23, No. 117 entre N y O, Edificio Soto, Vedado,

Ciudad de La Habana, 10 400, Cuba

Correo electrónico: ecimed@infomed.sld.cu

Teléfonos: 838 3375 832 5338



PRÓLOGO

Este libro, escrito por la Licenciada en Psicología María Antonieta Rodríguez Arce, profesora de la Facultad de Ciencias Médicas de Holguín, contribuye a lograr una mejor relación entre los profesionales de la salud y los pacientes, aspecto de vital importancia para todos, pues como se define en el Glosario de Bioética (2001): *la relación médico-paciente es "una relación asimétrica, modulada por factores sociales y culturales, que se da en un plano intelectual y técnico, pero también afectivo y ético [...] relación de amistad que se establece entre el médico y su paciente con vistas a la curación, alivio y apoyo en la enfermedad"*.

En los 4 capítulos que componen el libro, se pueden encontrar los conocimientos científicos requeridos por el profesional para curar, aliviar o ayudar a aquellas personas que lo necesiten. Expresa la experiencia de la autora, quien desde el año 1996 imparte el tema "La relación médico-paciente-familia", en el curso de posgrado "Lecciones específicas de bioética", que auspicia el Centro de Estudios de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de Holguín, "Mariana Grajales".

Cuando fue invitada para que impartiera este tema, considerado como la piedra angular del trabajo de cualquier profesional de la salud, se hizo por dos razones fundamentales: el hecho de ser una profesional capaz y una filántropa por naturaleza.

Estamos seguros de que este libro despertará el interés de los lectores.

Dr. Rafael Torres Acosta
Especialista de II Grado en Pediatría
Especialista de I Grado en Administración de Salud
Máster en Bioética
Profesor



CONTENIDO

CAPÍTULO 1

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE /1

- Relación médico-paciente y bioética /6
- Relación médico-paciente y tecnología /8
- Relación médico-paciente y el método clínico /10

CAPÍTULO 2

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE /13

- Participantes /13
- Objetivos perseguidos por el paciente y el médico /33
- Posición de los participantes /34
- Estados afectivos /35
- Defensa de la autoestima /36
- Comunicación /36
- La entrevista médica /37

CAPÍTULO 3

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN DIFERENTES GRUPOS DE EDADES /46

- Relación médico-niño /46
- Relación médico-adolescente /51
- Relación médico-adulto /55
- Relación médico-adulto mayor /58

CAPÍTULO 4

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN DIFERENTES SITUACIONES DE SALUD / 62

- Realización de exámenes complementarios /62
- Relación médico-paciente con enfermedad no transmisible /64
- Relación médico-paciente con enfermedad transmisible /67
- Relación médico-paciente en la educación de su sexualidad /69

Relación médico-mujer en período de gestación, parto, parto,
posparto y lactancia /76
Relación médico-paciente con enfermedad quirúrgica /83
Relación médico-paciente con enfermedad oncológica /87
Relación médico-paciente con alteraciones psíquicas /93
Relación médico-paciente en peritaje médico /97
Relación médico-paciente en la rehabilitación /101
Relación médico-paciente en grado terminal /104
Relación enfermera-paciente /106
Bibliografía /113

CAPÍTULO 1

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

La relación médico-paciente (RMP) es una modalidad de las múltiples relaciones interpersonales que realiza el hombre. Esta permite al enfermo satisfacer su deseo y necesidad de salud y al médico, cumplir con una de sus funciones sociales más importantes.

La historia de la relación médico-paciente es más antigua que la medicina misma. Cuando esta última se encontraba aún en sus albores, ya se establecía una relación entre el hombre enfermo y aquel otro responsabilizado por un imperativo social: el restablecimiento de la salud del que se enfermaba (chamán, sacerdote u otros). Es posible descubrir referencias sobre la relación médico-paciente en casi todas las civilizaciones antiguas con las concepciones místicas dominantes, que veían al médico como un representante de los dioses. Consideraban que dicha relación había sido engendrada en el cielo y que era tan antigua como los dioses mismos.

La relación entre el médico y el paciente era ya entonces un formidable agente terapéutico utilizado con todo el empirismo y la ausencia de conocimientos científicos que es posible imaginar en los hombres de tan remota época.

En todas las civilizaciones los métodos subjetivos han sido de mucha ayuda en la mejoría del ánimo del paciente. En el antiguo Egipto se le concedía gran importancia al relato del enfermo, que exponía no sólo los síntomas subjetivos, sino también las causas a las que atribuía su enfermedad. No se debe pasar por alto a filósofos tan importantes como Sócrates, Platón y otros que plantearon que no se podía intentar la curación del cuerpo sin pretender la curación del alma.

El reconocimiento del valor de la relación médico-paciente y su importancia desde el punto de vista psicológico, está entroncado gnoseológicamente con el reconocimiento del valor de la visión integral del hombre. Es por eso que la escuela hipocrática, con su insistencia en que el hombre no es sólo un ente físico, sino un conjunto inseparable con lo psíquico y su énfasis en la importancia del medio ambiente y de la relación médico-paciente, constituye un hito decisivo en el desarrollo científico de la medicina.

Así, se refleja a lo largo de la historia que la visión médica respecto a la relación en cuestión, se ha pronunciado en dos direcciones fundamentales: la de quienes, como Hipócrates, han considerado que estos aspectos son de primer orden, y la de los que la consideran secundaria.

En este sentido, la revolución científico-técnica que ha tenido lugar con el paso de la historia, ha reforzado aún más estas direcciones e incluso, ha creado nuevas expectativas, posibilidades y contradicciones. Con frecuencia se crea una dicotomía entre la relación médico-paciente y la tecnología, aspecto que será tratado más adelante.

Otro punto que se debe considerar en la comprensión de dicha relación es su condicionamiento sociohistórico, puesto que ella depende de manera decisiva de la ideología y las normas éticas dominantes en la formación socioeconómica históricamente determinada en que se encuentra enmarcada, ya que toda relación interpersonal es social en su esencia y refleja el conjunto de las relaciones sociales que la determinan.

Las relaciones interpersonales tienen un carácter complejo y poseen una serie de componentes que se relacionan mutuamente: económicos, clasistas, partidistas, profesionales, jurídicos, morales, psicológicos y educacionales.

La dinámica de este tipo de relación depende de los objetivos, demandas e intereses puestos en juego en situaciones concretas, donde predomina uno u otro componente.

Al igual que otros sistemas de relaciones o microestructuras sociales, la relación médico-paciente, por una parte, se modifica bajo el influjo de las transformaciones históricas y por otra, mantiene un núcleo estable en su desarrollo frente a la totalidad de los cambios sociales.

La dinámica de los componentes que intervienen en las relaciones interpersonales y especialmente en la médico-paciente, se expresa en el hecho que tanto el médico como el paciente tienen individualidad, son irrepetibles.

La individualidad de la personalidad es necesario analizarla en su triple dimensión: general, particular y singular. El hombre no es ajeno a su tiempo ni a las condiciones histórico-concretas de la sociedad en que vive en sentido general. El reflejo de las relaciones sociales de este nivel, a través de una actividad mediatizada por relaciones directas e indirectas con los demás, contribuye a la formación de características de personalidad con cierto grado de semejanza entre numerosas personas.

El hombre en forma concreta y directa no interactúa con el sistema de relaciones sociales que constituye la sociedad toda, sino que lo hace con representaciones particulares de la sociedad en general, los diferentes grupos y comunidades en los que habitualmente transcurre la vida.

Las normas de conducta, los principios morales, convicciones y otros, son comunes a los miembros de este nivel particular de las relaciones

sociales, como es la familia, los grupos de trabajo, de estudio. Son asimiladas por las personas y regulan su actividad social, conformando aquellas características de personalidad, de carácter particular, que permiten rasgos que la hacen semejante a algunas personas.

Finalmente, la actividad del hombre en el sistema de relaciones sociales no se queda en los planos generales y particulares, sino que existe de un modo muy concreto y específico y transcurre de modo directo en el plano singular, es decir, el plano que comprende aquellas experiencias, hechos, acontecimientos, relaciones, tareas en las que el hombre se ve incluido y que no se le presentan de la misma manera o en las mismas condiciones a otros hombres, es decir, que no se presentan en las mismas circunstancias objetivas y subjetivas a ninguna otra persona.

Cuando un individuo hace verdaderamente suya una ideología, la asimila como una profunda convicción y le da su propio calor emocional, regulando su actuación en consonancia con ella. Esta ideología, que en el sistema de relaciones sociales se mueve en los planos general y particular por ser una forma de conciencia social, en el sujeto concreto, como personalidad, forma parte de su individualidad.

En la práctica médica la tendencia más frecuente es valorar los problemas orgánicos que aquejan al sujeto sin integrar a ellos las características de su personalidad y la percepción que tiene de su problema, así como sus condiciones sociales y las circunstancias que pueden estar determinándolos o al menos, agravándolos. Las asignaturas de Psicología Médica se imparten en 2do. y 3er. año en Medicina y solo en 2do. año en el resto de las carreras de Ciencias Médicas; las que siguen no sistematizan los contenidos, incorporando los conocimientos psicológicos en la atención integral de los pacientes con la profundidad requerida, con menor incidencia en las asignaturas de Medicina General Integral.

Lo correcto es considerar que ambos factores están presentes en todo problema relacionado con la salud del hombre y de la sociedad. Según el caso concreto de que se trate, podrá predominar lo biológico o lo social, pero siempre se están comunicando y condicionando.

La comprensión correcta de esta relación tiene gran importancia teórica y práctica en el ejercicio de la medicina porque:

- Resulta imprescindible para la interpretación correcta de las causas y mecanismos de producción de las enfermedades del hombre.
- Constituye un elemento de orientación metodológica fundamental para alcanzar el propósito de preservar y mejorar la salud de la sociedad.
- Su tratamiento científico-filosófico adecuado constituye, además, una importante arma ideológica en la lucha entre los dos sistemas, en el campo de la medicina.
- Comprender esta relación permite esclarecer, en su justa medida, la estrecha vinculación que existe entre soma y psiquis.

Es imprescindible que el médico tenga siempre en cuenta la relación soma-psiquis al atender a sus pacientes, es decir, tener presente que tienen un cuerpo, con un cerebro que refleja su realidad social de una forma muy individual.

Toda alteración somática provoca reacciones psíquicas. Cuando un individuo enferma, su dolor o padecimiento le hace reaccionar de acuerdo con el reflejo de su situación. Aparecen nuevas tensiones y no todos reaccionan de igual forma: unos se irritan, otros se deprimen, sufren insomnio, anorexia, labilidad afectiva, problemas con la atención y otras posibles alteraciones psíquicas.

De la misma manera, toda alteración psíquica provoca reacciones somáticas. Esto queda claramente demostrado al estudiar las formas fisiológicas en que se expresan los procesos afectivos en el ser humano. Sus emociones se manifiestan con cambios somáticos externos (sudoración, temblores, vasodilatación, vasoconstricción y otros); cambios somáticos internos (salto epigástrico, modificaciones del ritmo cardíaco y respiratorio y otros) y cambios en los elementos de la sangre.

Por lo tanto, siempre que existan alteraciones psíquicas habrá reacciones somáticas que pueden agregar nuevos signos y síntomas a los que ya tenía el paciente.

Todo esto permite concluir que el hombre es un ser biopsicosocial, puesto que en su cerebro se reflejan su vida biológica y social, la primera condicionada por la segunda y a la vez sirviendo de base a esta última.

Antes de pasar a otro aspecto, es importante precisar la manera en que será manejado conceptualmente el proceso salud-enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) expresa que la salud es *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad o afección”*; esta opinión se utiliza hoy con mucha frecuencia bajo el argumento de que no hay otra mejor. Sin embargo, ha sido objeto de muchas críticas, especialmente porque ese supuesto estado de “completo bienestar” aparece fuera de contexto y porque describe la salud como un valor muy general que dificulta una “operacionalización” para su reconocimiento y promoción.

En el caso del concepto enfermedad, ni siquiera se dispone de una definición comúnmente aceptada y si la hubiera, sobre esta pesarían cuestionamientos similares a los que se objetan sobre salud, lo que pone de manifiesto que este es un campo no ajeno a la polémica y cuyos conceptos básicos no pueden ser asumidos de manera cerrada o esquemática.

Una valoración hecha por el psicólogo Francisco Morales Calatayud, acerca del complejo problema de la causalidad de la salud y la enfermedad, se resume de la forma siguiente:

– Tanto el buen estado de salud, como la enfermedad, se pueden asociar a múltiples causas, las que a su vez pueden ser de diverso orden. Entre

estas están las de carácter social y las relativas a la subjetividad y el comportamiento.

- La producción y desarrollo de una determinada condición de enfermedad requiere la presencia, no sólo de las causas necesarias, sino de que éstas sean suficientes. Lo psicológico puede intervenir en la dinámica de las causas, tanto como causa necesaria o contribuyendo a que las necesarias de otro orden se conviertan en suficientes.
- El carácter activo del “huésped humano” obliga a que sea entendido en su dimensión psicológica, en tanto como personalidad insista en el conjunto de las relaciones sociales. El huésped humano es una persona.
- El ambiente social no es solo un “medio” en el que se establece la relación entre el “agente” y el “huésped”, es también un generador de causas que pueden afectar, por su carácter específico, a un individuo o a un grupo de individuos.
- El grado de susceptibilidad o resistencia de un individuo ante la acción de los agentes externos no está determinado solamente por sus cualidades biológicas. Las variables psicológicas desempeñan un importante papel para determinar ese grado de susceptibilidad o resistencia, no sólo por sí mismas, sino por la influencia o modulación que pueden ejercer sobre la condición biológica.
- La interpretación psicológica de las variables sociales del ambiente puede contribuir a la modificación de su potencial agresivo sobre el individuo. Del mismo modo, desde la psicología se puede contribuir a elevar la resistencia del sujeto, tanto para no enfermar como para favorecer la evolución de la enfermedad.
- Aunque todas las enfermedades tienen una determinación multicausal, las variables del ambiente social y las psicológicas pueden ser más relevantes en el origen y evolución de algunas enfermedades que en otras. Son esas precisamente las que deben recibir atención prioritaria de la psicología.
- Mientras que el estudio y la caracterización de las causas naturales de todo tipo, y particularmente las biológicas, han sido realizadas desde hace mucho tiempo por la atención que recibieron a partir de los espectaculares descubrimientos del siglo XIX, el interés por el estudio de las variables del ambiente social y del comportamiento es mucho más reciente, de manera que el aparato de conceptos y categorías pertenecientes está en franco desarrollo, por lo que constituye un reto para las disciplinas sociales y en particular para la psicología. La tradición biologista de la medicina opaca, en ocasiones, la comprensión de los elementos de la causalidad y frena el desarrollo de esta aproximación, a causa de que se tiende a simplificar su carácter o porque se plantean explicaciones lineales que resultan imposibles en este dominio.

- Por otro lado, durante mucho tiempo los psicólogos estuvieron interesados solamente en la causalidad de las enfermedades que en su momento fueron denominadas “mentales” por su expresión predominante como problemas del comportamiento que se aleja de la norma. Sin embargo, el papel de la psicología no puede limitarse a este tipo de problema de salud.
- Por último, si necesario es el estudio del papel de la subjetividad y el comportamiento en la producción y evolución de la enfermedad y de ciertas enfermedades en particular, necesario e importante es también este estudio en relación con la producción de la “salud positiva”, como algunos han llamado a la salud como hecho positivo en términos de bienestar y óptimo funcionamiento en un medio social determinado.

Si se acepta un enfoque multicausal y ecológico de la salud y de la enfermedad, se considerará entonces que los problemas de salud que con mayor frecuencia afectan a los individuos que son miembros de los conglomerados humanos, deben cambiar en dependencia de las variaciones que se registran en el ambiente con el que interactúan, de la distribución y concentración de agentes nocivos en este y de la frecuencia con que determinados grados de susceptibilidad-resistencia generales y específicos están presentes en esos individuos.

Relación médico-paciente y bioética

La bioética trata acerca de la ética médica, pero no se limita a ella. La ética médica, en su sentido tradicional, trata de los problemas relacionados con valores que surgen de la relación entre el médico y el paciente. La bioética constituye un concepto más amplio, expresado en cuatro aspectos importantes:

1. Comprende los problemas relacionados con valores que surgen en todas las profesiones de la salud, incluso en las profesiones “afines” y las vinculadas con la salud mental.
2. Se aplica a las investigaciones biomédicas y sobre el comportamiento, independientemente de que influyan o no de forma directa en la terapéutica.
3. Aborda una gama de cuestiones sociales.
4. Va más allá de la vida y la salud humanas, en tanto comprende cuestiones relativas a la vida de los animales y las plantas.

No se puede decir que haya existido una verdadera “ética médica” si por esta se entiende la moral autónoma de los médicos y los pacientes;

por el contrario, a lo largo de la historia existió otra cosa, en principio heterónoma, que se podría denominar “ética de la medicina”. Esto explica por qué los médicos no han sido competentes en cuestiones de “ética”, quedando reducida su actividad al ámbito de la “ascética” (cómo formar al buen médico o al médico virtuoso) y de “etiqueta”.

El panorama actual es muy distinto, la relación médica más simple se ha convertido en autónoma. Los factores de la relación médico-paciente pueden reducirse a tres: el médico, el enfermo y la sociedad. Cada uno de ellos tiene una significación moral específica. El enfermo actúa guiado por el principio moral de la autonomía; el médico, por el de beneficencia, y la sociedad, por el de justicia. Naturalmente, la familia se rige, en relación con el enfermo, por el principio de la beneficencia; en tanto que la dirección del hospital y las leyes tendrán que mirar, sobre todo, por salvaguardar el principio de la justicia. Siempre es necesario tener presente los tres principios, ponderando su peso en cada situación concreta.

En 1969, cuando las organizaciones de consumidores entraron en contacto con la Asociación Americana de Hospitales, a fin de que su nuevo reglamento recogiera las opiniones y los deseos de los usuarios y consumidores de su red hospitalaria, redactados en forma de catálogos de derechos, surgió el primer código de derechos de los enfermos, cuya aparición coincidió, y no por azar, con la puesta en práctica de ciertas tecnologías sanitarias.

Ante tales dilemas, los pacientes ejercieron la reivindicación de su derecho a conocer lo que iba a hacerse con ellos y a decidir si querían o no someterse a determinadas pruebas diagnósticas y/o a determinado tratamiento.

Los últimos años parecen haber demostrado que la autonomía de los pacientes no es la panacea de todos los problemas de la relación médico-paciente y que el autonomismo a ultranza conduce a paradojas tan insufribles como el propio paternalismo. Frente a ambos extremos, cada vez se ve con mayor claridad que el médico debe aportar a esta relación una beneficencia pura, exenta de cualquier tipo de paternalismo; el enfermo, por su parte, debe abandonar su anterior actitud de obediencia ciega y poner en juego los recursos de la autonomía. Se sustituye el binomio por beneficencia-autonomía, con lo que la relación médico-paciente gana en madurez.

La atención del médico ha de comenzar de manera verbal, bajo forma de información al paciente sobre lo que puede y debe hacérsele. Durante muchos siglos la medicina ha sido silenciosa; en los últimos años, el médico ha empezado a ser consciente de que el primer deber de la beneficencia es la información. Relacionado con ello está el derecho del enfermo a la decisión o consentimiento informado, de ahí que el mismo sea el nuevo rostro de la relación médico-paciente.

Este cambio en la visión de la relación puede traer problemas o conflictos, por lo que se hace necesaria la adecuada formación del personal sanitario en tales cuestiones y constituir, en los hospitales y diferentes áreas de salud, comités que intenten mediar en los posibles conflictos éticos que genera la nueva relación médico-paciente.

Relación médico-paciente y tecnología

Es evidente que los avances científico-tecnológicos en la medicina han conllevado a nuevas posibilidades, nuevos problemas y nuevas contradicciones.

Actualmente, tanto radiólogos como analistas se quejan del aumento progresivo de peticiones de análisis y diagnósticos, muchos de ellos injustificados. Los problemas que se plantean por el uso indebido de tecnologías diagnósticas son de varios tipos: utilización de pruebas cuando ninguna o algunas de ellas son innecesarias; excesivo número de exámenes, varios de los cuales son superfluos, y empleo de pruebas de escaso rendimiento, cuando hay otras disponibles para el mismo fin que son más eficaces y menos costosas.

La conclusión inevitable es que hay facultativos que ignoran la utilidad real de las pruebas que indican en comparación con otras, sea en relación con su posible valor en distintas circunstancias clínicas o bien con respecto a su costo.

Asimismo, muchos médicos sustituyen el uso de la tecnología con fines diagnósticos o terapéuticos, obviando el papel de la aplicación del método clínico que, por supuesto, presupone más tiempo dedicado directamente al paciente.

Por otra parte, lo expuesto tiene relación con el abuso de la tecnología y gastos innecesarios, pero más importante aún es el maltrato ocasionado a los enfermos cuando deben practicarse numerosas pruebas e intervenciones que les provocan tensiones, dolores y malestares, que muchas veces no hacen falta.

En un seminario sobre ética, patrocinado por la Organización Mundial de Gastroenterología, se discutieron, entre otros temas, los relacionados con el desarrollo, la selección y la evaluación de nuevos procedimientos técnicos de esa especialidad. Las conclusiones emanadas de la reunión parecen perfectamente válidas para cualquier otra rama de la medicina. En primer lugar, se hizo una distinción importante entre el advenimiento de técnicas que podrían llamarse inéditas, es decir, que se ensayan por primera vez, y la introducción de técnicas nuevas en un centro hospitalario.

En el primer caso, se trata de una investigación que debe atenerse a controles que define la Declaración de Helsinki. Es preciso que toda nueva tecnología sea sometida a estudios comparativos frente a la tecnología en uso, para evitar que su rápida introducción en la práctica, aceptación tácita y diseminación, impidan más tarde una evaluación objetiva.

En segundo lugar, se planteó que cuando una técnica de invención reciente se adopta en un hospital u otro centro de salud, el comité de ética de la institución debe proceder a evaluarla para sentar bases de una auditoría que garantice que haya personal capacitado para el manejo de dicha técnica y que se obtendrá el consentimiento de los pacientes antes de ser sometidos a la misma.

Tanto los médicos como los pacientes se encuentran hoy en condiciones cualitativamente nuevas que tienden a favorecer una relación médico-paciente impersonal, ya que existe una tendencia a priorizar la habilidad técnica, relegando a un segundo plano el conocimiento del hombre, la falta de tiempo a consecuencia del exceso de trabajo y el acelerado ritmo de la vida moderna, la inquietante tendencia de muchos enfermos a solicitar que se les indiquen diferentes pruebas, el creciente aumento de la automedicación, la falta de continuidad y privacidad en el contacto, la interferencia del trabajo burocrático y la presión de los fríos datos estadísticos.

El desarrollo de los medios diagnósticos, en muchas ocasiones, sustituye a los medios tradicionales e interfiere en una relación médico-paciente adecuada.

El volumen creciente de información exige más tiempo para su análisis, lo que suele hacerse a expensas del tiempo de conversación con el paciente. La atención del médico se tiene que basar en muchos datos y la especialización induce a algunos galenos a dirigir su interés hacia un determinado sistema de órganos o incluso, a uno solo, lo que inevitablemente los aparta de considerar al enfermo como un todo en el sistema de sus particularidades biológicas, sociales y psicológicas.

El descuido de la observación personal y la valoración no crítica de los datos de laboratorio, pueden desviar al médico del pensamiento clínico. De esta forma, al intentar alejarse del subjetivismo, el médico se acerca a la absolutización de los medios técnicos.

Lo importante es no perder de vista el hecho de que antes de ser ayuda técnica y actividades diagnóstica y terapéutica, la relación médico-paciente es amistad, y así concebida posee una estructura en la que se articulan dos momentos: la confianza del paciente en la medicina y, por lo tanto, en los médicos y la confianza en el propio médico que lo va a atender. En este sentido, el punto esencial sigue siendo, a pesar del

desarrollo científico-tecnológico, la capacidad del médico para hacer contacto con el enfermo y su familia y hacerlos sentir cerca de él a fin de llegar al diagnóstico y tratamiento adecuados.

Relación médico-paciente y el método clínico

Las decisiones en el ámbito clínico también pueden ser difíciles puesto que siempre se corre el riesgo de tomar una decisión incorrecta. En este terreno, aun más que en la vida corriente, se plantean disyuntivas que dificultan mucho la adopción de decisiones acertadas. Muchos casos clínicos son trágicos en el sentido de que todas las opciones parecen ser malas y, sin embargo, hay que hacer algo.

Otra dificultad característica del medio clínico se deriva del hecho de que cada caso es diferente y no se puede determinar con anticipación cuál es el camino correcto.

El profesional con ética clínica competente es consciente de las premisas y presuposiciones básicas que intervienen en la etapa inicial de recopilación de datos. La objetividad es una de las metas de la ética médica, pero se trata de una objetividad bien fundamentada, que tiene en cuenta las dimensiones subjetivas aun en la observación y la descripción, y no de una objetividad ingenua.

El método proporciona el marco para la adopción de decisiones de índole ética que garantizan que se tengan en cuenta los datos pertinentes. Aclara los derechos y responsabilidades y asegura a una sociedad cada vez más desconfiada, que las decisiones que son importantes para los pacientes y sus familiares se toman tras la debida reflexión; aunque no siempre se tomará una determinación correcta. A pesar de ello, con el uso del método clínico, los errores más graves se pueden evitar sistemáticamente y este es un objetivo importante.

Existen diferentes esquemas de método clínico utilizados en distintos países, pero tienen características comunes y en su esencia llevan a los médicos a un objetivo de estudio del paciente.

La clínica se refiere al estudio de los enfermos, no al estudio de la enfermedad. La enfermedad es una abstracción conceptual derivada del estudio de muchos enfermos. Esto permitió las generalizaciones de carácter teórico en los conocimientos médicos. A su vez, estas características comunes tienen una forma muy peculiar de expresarse clínicamente en cada enfermo, por eso hay enfermos y no enfermedades.

Cada persona es una individualidad, tanto en su contenido (determinado por la apropiación personal de la experiencia social), como

en su forma (la herencia y lo innato). Al final, el diagnóstico será de entidades conocidas, pero para llegar a ellas se requiere dedicación, capacidad de observación, juicio clínico, capacidad de análisis de situaciones y otras. Se trata de una evaluación integral del paciente y de decisiones que tienen que ver con su salud y hasta con su propia vida.

El método clínico es el método científico aplicado en el trabajo con los pacientes. Este se convierte en guía para que la medicina tenga un actuar científico. Toda práctica médica que no se oriente en esta guía, será ajena a la ciencia clínica y en gran parte, responsable de la mala práctica médica.

Concluyendo, se puede decir que el método clínico posee las siguientes etapas:

1. Existencia de un problema que debe ser formulado con precisión desde el primer momento.
2. Búsqueda, recopilación y análisis de toda la información biológica, social y psicológica que exista y esté relacionada directa o indirectamente con el problema.
3. Formulación de hipótesis o conjeturas que de modo aparente, lógico y racional den solución al problema.
4. Las hipótesis son sometidas a comparación, a prueba, para conocer si son ciertas o no. Aplicar técnicas diagnósticas, adecuadamente seleccionadas para ello. La hipótesis puede negarse y esto puede también ser un avance del conocimiento científico; si esta se comprueba, debe dar solución parcial o total al problema. Es necesario determinar en qué terreno sale la hipótesis comprobada. El nuevo conocimiento, de acuerdo con su complejidad y profundidad, enriquecerá entonces a la ciencia y derivará nuevos problemas para estudiar.
5. Llegar a un diagnóstico para indicar la terapéutica.
6. Instituir terapéutica.
7. Exposición y evaluación de los resultados finales.

En esta esfera, la revolución científico-técnica ha transformado exclusivamente a la tecnología; es decir que ha sido la técnica antigua la que se ha vuelto obsoleta y no la clínica, cuando en la medicina, esta revolución debería enriquecer la práctica médica y no relegarla.

Entonces, es obvio que el método clínico sólo puede llevarse a cabo en el marco de una adecuada relación médico-paciente, de lo contrario ¿cómo se obtendría la cooperación del paciente para lograr su información, realizar el examen físico u obtener su autorización para la práctica de pruebas que permitan contrastar la hipótesis en caso necesario?

¿Cómo acaso se lograría no dañar al enfermo y a su familia al informar el diagnóstico y propiciar la participación consciente y madura de ellos en el tratamiento?

Sólo con una relación afectiva, respetuosa, donde el médico beneficie al paciente, obtenga su consentimiento y actúe con justicia, se obtendrá el éxito diagnóstico y terapéutico.

No se puede concluir este capítulo sin exponer un caso atendido hace años y que estimuló a la autora adentrarse mucho más en los caminos de la bioética, para convertirse en una comunicadora del tema que trata este libro en todos sus aspectos.

En una ocasión llegó a la consulta una mujer de 32 años, preocupada porque su hija de 8 años estaba diagnosticada como hipoacúsica moderada a severa desde los 3 años y sin embargo, tenía la impresión de que oía a la maestra y cuando obtenía alguna ganancia. Este diagnóstico se basó fundamentalmente en el resultado de la aplicación de cuatro audiometrías.

Se realizaron entrevistas profundas a la madre y a la niña. Se le aplicaron técnicas psico diagnósticas, todo mediante una relación médico-paciente-familia muy estrecha y se concluyó con el diagnóstico de una histeria de conversión (tipo de neurosis histérica en la que los conflictos emocionales son reprimidos y convertidos en síntomas sensitivos, motores o viscerales, sin causa orgánica subyacente, como ceguera, anestesia, hipoestesia, hiperestesia, parestesia, movimientos musculares involuntarios, parálisis, afonía, mutismo, alucinaciones, catalepsia, sensación de asfixia y dificultad respiratoria).

Después de un tratamiento psicológico basado en el uso de diferentes técnicas psicoterapéuticas, le fue realizada a la paciente una nueva audiometría, por la misma persona que había aplicado las anteriores, y el resultado arrojó que la audición era normal, confirmándose la hipótesis inicial.

¿Qué ocurrió en este caso?

Evidentemente un error médico, determinado por la sustitución del método clínico (con una adecuada relación médico-paciente) por el uso de la tecnología.

CAPÍTULO 2

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

La RMP es una relación interpersonal que se ha puesto de manifiesto desde hace mucho tiempo, pero solo en la etapa actual se ha interiorizado en el estudio científico de los factores y características que la constituyen.

El médico y el paciente son los factores indispensables que la provocan y cada uno de ellos aporta a la misma sus características de personalidad, vinculadas con la enfermedad y propiciando que cada relación tenga características generales y a la vez, muy particulares, pues, como se mencionaba en el capítulo anterior, existen enfermos y no enfermedades.

Es importante entonces conocer las especificidades de las características de la relación médico-paciente, que se comportan de forma irrepetible en cada vínculo del médico con cada uno de sus pacientes y que son las siguientes: características de los participantes, sus objetivos, la posición que ocupan en la relación, sus estados afectivos, la defensa a la autoestima y la comunicación. Las mismas fueron propuestas por el prestigioso psiquiatra cubano Ricardo González Menéndez, en su libro “*Psicología para médicos generales*” y acerca de ellas se reflexionará en este capítulo.

Participantes

Evidentemente, los principales protagonistas de esta relación son el médico y el paciente.

Primeramente se analizarán las características que del enfermo debe tener en cuenta el médico, para decidir de qué forma se relacionará con su paciente.

Es muy importante que el médico conozca el “*cuadro interno de la enfermedad*”¹, es decir, la percepción subjetiva que tiene el paciente de su enfermedad y su entorno. El cuadro interno está condicionado por 4 factores dependientes del carácter de la enfermedad, de las circunstancias que la rodean, características de la personalidad del paciente y sus condiciones sociales; estos factores se explican a continuación:

¹ Concepto aportado por Alexander Romanovich Luria, 1902-1977, neuropsicólogo y médico ruso y uno de los fundadores de la neurociencia cognitiva.

1. *Factores dependientes del carácter de la enfermedad.* Un paciente no percibe de la misma manera una enfermedad aguda, una crónica o, por supuesto, en grado terminal. Una enfermedad aguda puede ser vista por el enfermo como un problema de salud que pasará pronto y que no se le debe dar importancia. Pero por otro lado puede suceder que, como su inicio ha sido brusco, en dependencia de la zona afectada, de sus conocimientos al respecto, de sus características de personalidad y de sus experiencias anteriores, podría tener temores que le provoquen resistencia a buscar ayuda, y si la busca, entonces podría tener recelos para ofrecer y recibir explicaciones.

En muchas ocasiones, el enfermo crónico percibe su enfermedad como una gran desgracia que arrastrará hasta la muerte y que lo privará de llevar una vida agradable, con satisfacción de sus gustos. El médico debe conocer muy bien esto para poder establecer una adecuada relación médico-paciente con este tipo de enfermo y con su familia, teniendo especial cuidado con esta última si el aquejado es un niño. En este sentido, es necesario velar por el manejo familiar, pues el pequeño no es capaz de valorar su enfermedad; sin embargo, cuando la familia conoce este tipo de diagnóstico, se angustia, se deprime, tiende a sobrevalorar la enfermedad, consiguiendo solamente empeorar la situación.

2. *Factores dependientes de las circunstancias en las que transcurre la enfermedad.* En este aspecto se debe apreciar el grado de preocupación e inseguridad que pueda acompañar al paciente en su estado de salud y por lo tanto, provocar actitudes evasivas o por el contrario, sobrevaloradas, que indiscutiblemente afectarán la adecuada recuperación.

El medio donde se encuentre el paciente durante el transcurso de su enfermedad desempeña un papel decisivo en su comportamiento y la forma en que el médico debe determinar cómo se relacionará con él. No percibe de la misma manera su problema de salud si está en su casa solo o si está rodeado de personas que le dan más preocupaciones o si está rodeado de personas que lo quieren y lo cuidan. Tampoco lo asimila igual si está hospitalizado, ya sea en una sala grande sin privacidad o en una sala pequeña, donde puede conservar mejor sus características y su tranquilidad; o si está hospitalizado por primera vez, si tiene acompañante o está solo, si tiene acompañante y este es inexperto o tiene poca confianza en él o con él, si está hospitalizado en su pueblo de residencia, si conoce a alguien del personal médico o paramédico y a otros enfermos.

En las circunstancias que rodean a la enfermedad también influyen las consecuencias de esta, como complementarios y tratamientos

dolorosos, peligrosos, temidos y otros; cómo el paciente los considera, si son satisfechas o no sus expectativas en cuanto a su nivel de complejidad, son elementos que determinan, en gran medida, la conducta del enfermo.

3. *Personalidad del paciente antes y durante la enfermedad.* El problema de salud no se percibe de la misma manera en las diferentes etapas de la vida. El niño no comprende lo que pasa; el adolescente se siente limitado o privado de su independencia y hasta piensa, en ocasiones, que sus padres lo utilizan para mantenerlo controlado. El joven, más bien se preocupa por las posibles limitaciones en su vida social: estudio, trabajo, paseos, relación con su pareja. El adulto mayor la percibe como una forma de marginarse más socialmente y acercarse con mayor rapidez a la muerte.

Acerca de este tema se profundizará en el Capítulo 3, en el que serán tratados los aspectos esenciales de la relación médico-paciente en las principales etapas de la vida del hombre.

Es preciso valorar las características de personalidad antes, durante y después de la enfermedad por ser un criterio indiscutible de cómo la misma ha repercutido en el individuo y cómo la personalidad está favoreciendo o perjudicando el proceso de recuperación.

Entre las características que se deben tener en cuenta está el nivel de susceptibilidad del paciente, fundamentalmente ante circunstancias desagradables, sus reacciones emocionales, facilidad o no de adaptación a nuevas situaciones, rasgos del carácter, capacidades del individuo, intereses, valores, aspiraciones, concepción del mundo y especialmente lo relacionado con su enfermedad, autovaloración, sistema motivacional y cómo estructura su jerarquía de motivos, destacando en qué lugar está su salud.

También hay que considerar su nivel de escolaridad, los conocimientos que posee acerca de la salud, tratamientos y servicios que se ofrezcan al respecto.

Otro aspecto a tener en cuenta en este factor es el relacionado con los rasgos de la personalidad, desde el punto de vista clínico, que son importantes para el médico en dos sentidos: uno, para distinguir si está en presencia o no de un enfermo que además padece de una patología psiquiátrica y dos, para, de acuerdo con las características de los rasgos que evidencie el médico, sepa manejarlo.

Los rasgos de la personalidad, desde el punto de vista clínico, son: histeroide, paranoide, compulsivo, esquizoide, dependiente y sociopático.

El rasgo *histeroide* se caracteriza por la teatralidad, superficialidad, egocentrismo, narcisismo, etc. Estas características pueden influir

en la utilización de la enfermedad para obtener ganancias secundarias, en que se sobrevalore la enfermedad para lograrlas, en que el enfermo ofrezca informaciones no reales o exageradas que puedan intervenir, desfavorablemente, en la aceptación del paciente por el médico, en el diagnóstico y en la terapéutica. Estos casos, en ocasiones, han sido objeto de errores médicos porque se les ha dado poca importancia y la tienen o por el contrario, se les concede mucha importancia y ellos la usan para ser centros de atención.

El rasgo *paranoide* se caracteriza por desconfianza, autoritarismo, agresividad, tendencia a sentirse agredido u ofendido, dificultad para reconocer sus faltas y defectos que trasladarlos a otros, es litigante, discutidor, con tendencia a “llevar a niveles superiores” sus demandas. Esto puede incidir en la postura que asuma el paciente hacia su enfermedad y con el médico. Este último tendrá mucho tacto, hablar con sencillez, serenidad, seguridad y veracidad; utilizar la persuasión y el apoyo para ganar y no perder la confianza del paciente.

El rasgo *compulsivo* se caracteriza por organización, limpieza, perfeccionismo, dificultad para adaptarse a los cambios por su rigidez, tendencia a no delegar responsabilidades, etc. Estas características inciden en la percepción de la enfermedad, ya que puede ser sobrevalorada y asumirse el tratamiento con exagerado rigor o, de lo contrario, limitarse a modificar el estilo de vida inadecuado que está perjudicando su salud. El médico será muy paciente para lograr los cambios.

El rasgo *dependiente* se caracteriza porque el sujeto busca apoyo y ayuda con frecuencia, dado que se cree incapaz de valerse por sí mismo. Esta situación es normal en niños pequeños e irá disminuyendo en la medida en que el individuo se desarrolle y se vaya incorporando a la vida social. Este sujeto traslada la responsabilidad de su enfermedad a sus familiares, amigos y hasta al propio médico. Este último tendrá cuidado de no reforzar esta dependencia, todo lo contrario, lo estimulará a que sea el protagonista de su problema de salud y así lo ayudará a tener una vida más responsable, más suya y, por lo tanto, más saludable.

El rasgo *esquizoide* se caracteriza por poca sensibilidad, tendencia a la ensoñación y a la fantasía, frialdad emocional con el exterior, aunque interiormente sea sensible; dificultad en las relaciones interpersonales, puesto que le cuesta trabajo establecerlas; ama la lectura, el arte y la poesía. Este individuo puede no dar muestras de preocupación por su enfermedad o puede retraerse aún más porque sabe que la tiene. En consulta habla poco y al médico le es difícil obtener de él información y establecer una comunicación fluida y

agradable. Por lo tanto, su interrogatorio debe ser ameno, aunque no exagerado, evitará las preguntas que provoquen respuestas con monosílabos. El médico establecerá la conversación con respeto, serenidad y teniendo en cuenta los intereses del sujeto para favorecer la relación interpersonal

El rasgo *sociopático* indica una personalidad patológica, desequilibrada, ya que el sujeto transgrede las normas establecidas por la sociedad en que vive, sin sentir culpa por ello, por lo que se podría decir que este tipo de problema es uno de los más indeseables, desde el punto de vista social.

La alteración del sociopático se debe a una mala incorporación de los valores sociales, sea por déficit o porque incorpora otros contradictorios, producto a que su grupo de referencia está compuesto por sujetos que no comparten los criterios de la sociedad en la que viven.

El individuo con este rasgo puede no dar ninguna importancia a su enfermedad y muchas veces, cuando lo hace, es para obtener ganancias secundarias. El médico será cuidadoso de la información que ofrece, oírlo con atención y respeto para evitar que se sienta marginado. Debe hacer una evaluación profunda al expedir un certificado médico, comprobar la veracidad de su información y trabajar en la prevención de los problemas de salud. Este tipo de sujeto con frecuencia se automargina, por lo que se hace difícil su atención. El no tener en cuenta sus características puede dar lugar a agresiones al médico y a la enfermera y a perderlo de la consulta, lo que agravaría su situación.

Cuando es hospitalizado, debe ser detectado rápidamente para atenderlo de forma adecuada y evitar problemas con otros pacientes y acompañantes. El personal médico y paramédico lo respetará y hará que los respete, nunca perder la ecuanimidad ni caer en un careo que les reste prestigio ante él y los demás.

Antes de continuar hacia el último factor que interviene en el cuadro interno de la enfermedad, aunque ya se ha mencionado dentro de las formaciones importantes de la personalidad, *la autovaloración*, es necesario destacar el papel de la misma en la percepción que acerca de su problema posee el enfermo, de su enfrentamiento y algo más complejo: cómo ve la vida y cómo la enfrenta.

La autovaloración es la dimensión valorativa de la autoconciencia, es decir, la apreciación que se tiene de uno mismo. Esta imagen repercute en la salud y en la vida del individuo de tres formas: la imagen corporal, la autovaloración y la relación de la autovaloración con los proyectos de vida.

La imagen que tiene el individuo de su cuerpo o de partes de su cuerpo es un elemento esencial a tener en cuenta al interrogar, diagnosticar e indicar un tratamiento. Muchos serían los ejemplos que se encontrarían en la práctica médica; baste con mencionar el estado depresivo o de subestimación, que frecuentemente se observa en mujeres que han sido sometidas a una mastectomía.

A causa de la imagen corporal, muchas personas acuden rápidamente a buscar ayuda médica y otras, por el contrario, la evaden.

La autovaloración tiene diferentes tipos, no todos los pacientes se autovaloran de igual forma. Esta puede ser estable o inestable, es decir, que sea generalmente la misma o que varíe constantemente, lo que sería un indicador de posibles problemas de personalidad. Puede ser adecuada, cuando la valoración que se hace el individuo se corresponde con la realidad o puede ser inadecuada, cuando no existe esta correspondencia y entonces se encuentran sujetos que se sobrevaloran o, por el contrario, se subvaloran. Ambas son dañinas para la salud y para enfrentar la vida.

El que se sobrevalora tiende a pedir poca ayuda, porque se cree con grandes posibilidades, pero a su vez sufre con frecuencia de estados emocionales negativos por las frustraciones que tiene al considerar que podrá lograr más y sus posibilidades reales no se lo permiten.

El que se subvalora enfrenta la vida con inseguridad, se propone pobres metas, cree que no puede y así mismo maneja su enfermedad, lo que provoca que esta, en muchas ocasiones, le acarree tensiones mantenidas que la agravan al percibir que su enfermedad es más fuerte y que no puede con ella. Esto es más evidente en las enfermedades crónicas.

Todo lo anteriormente expresado conlleva a analizar la relación de la autovaloración con los proyectos de vida de los individuos. Un sujeto que se sobrevalora, formula altas aspiraciones que le provocarán frustraciones; un sujeto que se subvalora, formula aspiraciones limitadas que coartan su desarrollo, lo frustran y le traen problemas de salud o los agravan.

4. *Posición social del paciente.* En la percepción que el paciente tiene de su enfermedad y la forma en que la asume, se valorarán las diferentes posiciones sociales que enfrenta (cargos, organizaciones a las que pertenece, lugar en la familia y otras), así como la manera en que desempeña sus roles.

Esta cuestión es importante por muchas razones: un sujeto con muchas responsabilidades, está sobrecargado y esta situación podría ser causa o agravante de su estado de salud.

Por otra parte, el lugar que tenga cada una de esas posiciones en su jerarquía de valores, llevaría a analizar si rechaza la atención médica, la evade o la utiliza para mejorar, como ganancia secundaria o evitar tantas exigencias que lo agobian.

En la repercusión en el estado de salud y cómo lo percibe, es importante la relación de la ocupación con la escolaridad y sus resultados. ¿Por qué? Hay sujetos que ocupan cargos laborales que no se corresponden con su escolaridad. Unos, porque el mismo requiere de mayor preparación técnica y entonces, este individuo está explotando en exceso sus posibilidades. Otros, porque requiere de menor preparación de la que posee y se siente frustrado.

Además, en cuanto a la ocupación, el médico tendrá en cuenta las enfermedades profesionales y de acuerdo con las características del individuo y su estado de salud, saber cómo enfrentar la situación para no provocar daños psíquicos por evitar daños físicos.

Asimismo, es importante valorar otras posiciones sociales que tiene el paciente. No es lo mismo manejar a un divorciado que vive solo, que a uno casado con una familia feliz; o a uno que vive con su familia y esta le presta poca atención. No es igual tratar a un universitario, que a una persona con bajo nivel de escolaridad; a una persona que dirige, que a una obrera.

En conclusión, cada uno de estos factores influye en cómo el enfermo percibe su problema de salud y conociéndolos, el médico decidirá cómo relacionarse con él y su familia y cómo tratarlo.

Otro aspecto para considerar en las características que del enfermo, el médico debe valorar, es la relación que este establece con su enfermedad.

Muchos pacientes se relacionan adecuadamente con su padecimiento, es decir, lo aceptan, actúan en correspondencia con las orientaciones del médico y encuentran un estilo de vida que les permite vivir con calidad, sin sentirse verdaderamente afectados por ello.

Otros, se relacionan de forma nosofóbica o sobrevalorada. En estos casos le dan excesiva importancia a su enfermedad, convirtiéndola en su principal preocupación. La perciben más fuerte que sus posibilidades de enfrentarla, lo que puede propiciar una tensión mantenida que influye en que la misma se agrave, por lo que su enfrentamiento es inadecuado al temerle. Esto se observa con frecuencia en los enfermos crónicos.

Y existen otros que se relacionan de forma subvalorada, no le dan importancia a su estado de salud y continúan con su estilo de vida anterior, no se cuidan ni cumplen las prescripciones médicas, lo que conlleva a que se agrave.

Por otro lado, hay sujetos que se relacionan de manera nosofílica, es decir, la utilizan para obtener ganancias secundarias. La usan para llamar la atención, para que sus familiares o amigos realicen acciones que antes no habían logrado, para evadir responsabilidades y el trabajo; por lo que

preferirían continuar enfermos para mantener su nueva posición y esto, a su vez, retrasaría el proceso de recuperación.

También existen los que niegan su enfermedad, no la aceptan, no desean creer que están enfermos por las implicaciones que esta afección pudiera tener en su vida personal, familiar, laboral o social y se comportan ajenos a su problema, retardando la recuperación de su salud.

Finalmente, hay pacientes que tienen una relación hipocondríaca, poseen una imagen exagerada de su salud. Estos enfermos van de consulta en consulta creyendo tener diferentes padecimientos, sin que exista, por lo general, necesidad objetiva de salud. El médico que atiende a estas personas debe tener mucho cuidado de no herirlo, explicarle con claridad y seguridad por qué no tiene los síntomas que él supone sentir; explicarle, con tacto, en qué consiste su situación y por qué sería más conveniente que lo atienda un psiquiatra.

El facultativo valorará con profundidad estos casos porque pueden confundirse con los pacientes que expresan una relación nosofóbica y realmente estar enfermos.

Muy vinculado con lo anteriormente expuesto es el análisis acerca de los posibles mecanismos de defensa que utiliza el paciente y que se vinculan con su enfermedad o que están influyendo en su estilo de vida y, por tanto, desempeñando un papel importante en su salud.

Los mecanismos de defensa psicológicos son aquellos que usa el hombre, con frecuencia de manera inconsciente, para mantener o restaurar el equilibrio emocional, cuando se siente amenazado, la situación menoscaba su autoestima o sometido a grandes tensiones.

De acuerdo con el carácter de la enfermedad, circunstancias por las que atraviesa el sujeto, características de la personalidad o su situación social, este puede utilizar diferentes mecanismos de defensa que el médico identificará y establecerá el vínculo con su estado de salud.

Sigmund Freud (1856-1939), médico y neurólogo austriaco, creador del psicoanálisis, llamó la atención acerca de estos mecanismos, en especial, la represión e independientemente de que su teoría estuviera carente de basamento científico, es importante tenerlos en cuenta.

Diferentes autores han citado diversos tipos, pero a continuación se explicarán aquellos que se observan con más frecuencia en la práctica médica.

Represión: este mecanismo permite “olvidar” aquellos hechos o fenómenos que resultan desagradables al sujeto y que pueden originarle tensión o angustia. Mediante el mismo, la persona “saca” el conflicto del campo de la conciencia y no piensa en él, no lo recuerda.

Un ejemplo podría ser que el paciente “se olvide” de la consulta que tiene con su médico. Se siente preocupado porque se ha hecho exámenes

complementarios y teme tener cáncer. La represión lo ayudó, de este modo, a evadir el conflicto entre su miedo y la conciencia de su enfermedad. Es importante aclarar que su olvido es real, es decir, no se trata de una excusa que el paciente ofrece, sino que él, honestamente, no está consciente de que la causa de su olvido es un mecanismo para evitar la tensión que le produciría asistir a la cita y enfrentar una posible verdad.

Catatimia: es un mecanismo que se produce cuando la afectividad del sujeto modifica inconscientemente sus percepciones y distorsiona su reflejo de la realidad objetiva al teñirlo de subjetividad. Un ejemplo de catatimia es un paciente que percibe a su médico poco capaz porque le diagnosticó una enfermedad que no quiere aceptar, ya que podría traerle limitaciones en su vida personal y profesional.

Compensación: es el mecanismo mediante el cual una persona sustituye acciones o actividades en las que se siente inferior, por otras en las que se siente realizado o conserva su autoestima y la confianza en sí mismo; de no ser así, aparecería en él tensión o desagrado. Existen dos formas de producción de este mecanismo: directa e indirecta.

La compensación directa se produce cuando se superan las debilidades iniciales que motivaron el sentimiento de inadecuación, mediante un esfuerzo dirigido a combatir la debilidad: un sujeto que siendo débil físicamente, hace ejercicios para fortalecerse.

En la compensación indirecta, la debilidad inicial no se supera sino que se sustituye. La falta de confianza y de autoestima que ella genera se compensa por otra cualidad positiva que el sujeto es capaz de reconocer en sí mismo. Esta cualidad, en su conciencia, aminora o hace desaparecer el desasosiego y los estados afectivos desagradables, que produciría la toma de conciencia de su debilidad inicial.

Como ejemplo se pudiera mencionar al sujeto referido anteriormente, quien presentaba una debilidad física y que ahora, lejos de intentar superar esta dificultad, se ocupa de desarrollarse intelectual o culturalmente, con el objetivo de sentirse una persona importante y respetada por sus conocimientos.

Sublimación: consiste en sustituir una satisfacción que ha sido frustrada, por logros en la esfera de los sentimientos superiores. Un ejemplo de ello podría ser una mujer joven bailarina que ha quedado imposibilitada de volver a bailar, entonces se dedica al magisterio, a enseñar a los niños.

Racionalización: es el mecanismo en el que el sujeto se ofrece falsas razones para justificar acciones realizadas, cuya verdadera causa le crearía ansiedad o pérdida de autoestima. Un ejemplo de ello es el diabético que desea comer algo que no debe y alude que está compensado, que no tendrá problemas. Otro ejemplo podría ser el obeso, que debe hacer

ejercicios y no le gusta, entonces manifiesta que está cansado, muy ocupado o que no tiene tiempo.

Negación: ocurre cuando el sujeto se resiste a aceptar la existencia de aquello que le es demasiado desagradable o doloroso. Un ejemplo podría ser el alcohólico, que no quiere enfrentar que lo es para no sentirse débil ante su problema y el que está ocasionando a su familia y a su trabajo.

Los mecanismos de defensa frecuentemente aparecen entrelazados unos con otros. Frente a una misma situación, la psiquis del sujeto puede combinar varios mecanismos, cuya finalidad siempre será evitar la tensión y el malestar que se produciría en su conciencia, si esta reflejara la realidad del conflicto o la frustración.

Es importante que el médico sepa el carácter inconsciente que generalmente tienen estos mecanismos de defensa, puesto que el sujeto no ve la verdad que oculta y al utilizarlos es honesto hasta el punto de que rechazaría indignado cualquier intento de evidenciárselos, sin la comprensión adecuada de sus causas y sin la previa preparación psicológica para ello.

Otro aspecto imprescindible para tratar en las características del enfermo y al que se ha hecho referencia indirectamente, es la frustración a los conflictos que se observan y que tienen una repercusión en su conducta y en su estado de salud. Descubrirlos, conocerlos y ayudar a los pacientes a resolverlos, sin tomar decisiones por ellos, es tarea importante del médico.

Las necesidades son la fuente de la actividad y el individuo, de acuerdo con sus expectativas, dirige su accionar a la satisfacción de las mismas. Esto se logra mediante la conducta motivada, es decir, la actividad del hombre dirigida a la consecución de sus objetivos.

Sin embargo, no siempre el hombre logra lo que se propone y entonces se frustra. Se habla de frustración en aquellos casos en que surge la necesidad, el sujeto se motiva a satisfacerla y aparecen obstáculos, reales o aparentes, que le imposibilitan lograr el objetivo y la necesidad queda insatisfecha.

La frustración se acompaña de un sentimiento de fracaso, de tristeza o angustia, tanto más intenso comopreciado sea para el individuo el objetivo no alcanzado e intenso el esfuerzo realizado en su búsqueda. Puede estar acompañado de ira o agresividad.

La frustración posee, en general, efectos negativos y desagradables en la vida del hombre; sin embargo, puede tener efectos positivos cuando se mantiene dentro de límites tolerables para la autoestima del sujeto, ya que puede facilitar en él la realización de un esfuerzo y una dedicación mayores, dirigidos hacia el logro del objetivo propuesto. Esto ocurre en dependencia de las características de personalidad, que al sujeto le queden

esperanzas de obtención de su objetivo; incluso puede ocurrir que el atractivo que para el individuo tiene su meta no alcanzada, aumente frente a las dificultades que enfrenta durante su búsqueda. Esto lo hace esforzarse, buscar nuevos caminos y la personalidad crece, se consolida y la autoestima se enriquece.

Entre los aspectos más dañinos de la frustración se encuentra la tendencia escapista y regresiva que pueden mostrar algunos sujetos ante ella. Esta conducta evidencia inmadurez en el desarrollo de la personalidad y a veces, serios problemas psicológicos que el médico debe conocer, aceptar y manejar.

Existe un cierto nivel o umbral de tolerancia a la frustración en cada individuo, dentro del cual, aunque frustrado, el sujeto puede seguir insistiendo en el logro de su objetivo sin llegar a exhibir signos de alteración o de desorganización en su conducta. Cuando comienza a descompensarse, se dice que sobrepasó su umbral de tolerancia a la frustración.

El nivel de tolerancia varía según la personalidad del sujeto, las experiencias anteriores, la significación de la situación frustrante, las circunstancias por las que atraviesa, su autovaloración y otros.

También, cuando se acumulan demasiados fracasos y frustraciones en la vida de una persona, es posible que también sobrepase su nivel de tolerancia y que el sujeto se descompense frente a cualquier dificultad nueva, aunque en otro momento de su vida se hubiera enfrentado resuelta y confiadamente a la misma dificultad que hoy desorganiza su conducta.

El médico será cauteloso para conocer la situación que atraviesa su paciente y muy respetuoso en cuanto a la manera de ayudarlo a buscar una solución, sin hacer juicios ni críticas de su comportamiento. Recordar que siempre hay que basarse en las cualidades positivas, aciertos y éxitos del paciente, para elevar su autoestima.

Uno de los tipos de frustración es el conflicto. En este, el sujeto se enfrenta a dos o más motivos simultáneamente, de similar significación para él y está obligado a decidirse por uno de ellos, ya que le resulta imposible obtenerlos todos a la vez. La esencia del conflicto radica precisamente en esa duda que genera la ineludible selección entre dos o más direcciones distintas y tener que abandonar uno de los objetivos deseados, dado que no pueden ser satisfechos al unísono.

El hombre no vive en conflicto, sino que se enfrenta a cada paso a conflictos que resuelve con mayor o menor rapidez, mediante la jerarquía de motivos que constituyen la toma de decisiones y el no hacerlo, agravaría la situación, puesto que el conflicto, por sí mismo, es un fenómeno psicológico cargado de afectividad negativa. Las personas que no deciden, no solucionan sus conflictos, viven tensas, con ansiedad e inseguridad, lo que se convierte en causa directa o participante de muchas enfermedades.

A su vez, situaciones conflictivas se presentan a los sujetos, relacionados con su estado de salud, que pueden agravar su enfermedad por estados de tensión mantenidos y/o asumir estilos de vida inadecuados.

Según Kurt Lewin² existen 3 tipos de conflictos:

1. Conflicto de aproximación-aproximación. Este ocurre cuando una persona se encuentra ante dos objetivos o más, deseables o positivos, igualmente motivantes; pero si escoge a uno, renuncia al otro. Por ejemplo: a un sujeto lo invitan, personas queridas, a una fiesta y a comer en un restaurante, coincidiendo en fecha y hora.
2. Conflicto de evitación-evitación. Se produce cuando el sujeto se encuentra frente a dos o más situaciones desagradables. La persona quisiera evitarlos, pero el alejarse de uno lo acerca al otro. Por ejemplo: una joven presenta un nódulo en una mama, no desea tenerlo, pero tampoco desea ir al médico por el tratamiento quirúrgico que debe realizarse.
3. Conflicto de aproximación-evitación. Ocurre cuando una persona se siente atraída y repelida simultáneamente por una misma situación. Un ejemplo de ello es cuando un sujeto quiere ir al médico a saber su diagnóstico y tratamiento y teme que lo que se le va a informar no sea agradable para su vida futura.

El profesional de la salud debe conocer los conflictos que afectan al sujeto y sobre todo, aquellos relacionados con la salud. Sin decidir por el enfermo, sí lo ayudará a encontrar posibles soluciones para que se produzca un verdadero alivio de la tensión y se logre el equilibrio perdido. Es muy buen médico el que provoca una relación médico-paciente en la que al salir el enfermo de su consulta manifiesta “qué alivio tengo”, “qué tranquilidad me ha provocado este especialista”, “qué fácil veo las cosas ahora”.

Como se explicaba en el primer capítulo, cada ser humano es un sistema y aunque se separen muchos de los procesos, fenómenos y formaciones psicológicas que determinan sus actitudes hacia la salud y en general, hacia la vida, para poder analizarlos, en cada persona se manifiestan de manera singular e irrepetible. Por este motivo, es imposible terminar de exponer las características del enfermo, sin referirse a cómo ellas influyen en las distintas maneras que tienen los sujetos de enfrentarse a sus tensiones, a sus problemas de salud.

El estilo de enfrentamiento es la forma en que el individuo busca el equilibrio roto, es la forma en que intenta la adaptación. Estos estilos no

² Psicólogo alemán (1890-1947), reconocido como fundador de la Psicología Social moderna, se destacó por su teoría del campo, donde afirma que es imposible profundizar en el conocimiento humano fuera de su entorno.

dependen solo de los factores externos, sino también de las características de personalidad, de la capacidad de aprender, de ganar experiencia en situaciones previas, que lo preparan para la situación a la que se enfrentará.

La ideología del individuo, sus creencias, valores, su percepción y concepción del mundo, desempeñan un papel determinante en cómo solucionar sus problemas. Así, por ejemplo, ante la pérdida de un ser querido, una persona puede escoger refugiarse en el alcohol o en el ocio para amortiguar la tristeza, mientras que otra, lo logra mediante una activa participación social o dedicación a una actividad en beneficio de la sociedad.

El estilo de enfrentamiento puede reducir o recrudecer el stress, puede lograr la adaptación o aumentar el desequilibrio³.

Los factores que pueden determinar el estilo de enfrentamiento son:

- Duración e intensidad de la demanda.
- Características genéticas del individuo.
- Características de personalidad.
- Información y experiencia previa que el individuo posea acerca de la demanda.
- Capacidad de adaptación.
- Apoyo del grupo o de los grupos sociales con que cuenta.

Existen 2 formas de estilo de enfrentamiento:

- *Estilo directo*. Cuando el sujeto cambia el ambiente externo. Puede ser de huida o de enfrentamiento. Muchos pacientes no enfrentan sus problemas: no van al médico, no hacen el tratamiento, huyen. Otros, por el contrario, los valoran, los asumen, los hacen parte de él para resolverlos.
- *Estilo indirecto*. Cuando el sujeto cambia el ambiente interno. Usa fármacos, relajación, ejercicios, busca la psicoterapia; otros buscan el tabaquismo, el alcohol y las drogas.

Estos 2 estilos no son excluyentes; un individuo puede adoptar formas combinadas y, por ejemplo, enfrentarse a la situación para transformarla y hacer uso del alcohol o exhibir una conducta de huida y recurrir a los psicofármacos para equilibrar su medio interno.

En la experiencia médica está claro que hay enfermos buenos, no porque acepten todo lo que les dice el médico u otro personal de la salud de forma pasiva y pasiva, sino porque asumen su derecho al consentimiento informado y actúan en correspondencia con él,

³Jordán Maspons, A, Martín, M.C., Gil Toledo, L. Psicología. Folleto complementario. Stress, psicoterapia y la entrevista, 1989, pp. 51-52.

enfrentando adecuada y responsablemente sus decisiones, logrando así un estilo de vida acertado con su problema de salud.

Sin embargo, existen pacientes “buenos” porque acatan todo lo que les orienta el médico, aunque no estén de acuerdo, o aceptan y después hacen de las orientaciones lo que creen o les conviene, según sus criterios. Muchos médicos son engañados por este tipo de pacientes y se sienten satisfechos de su aparente pasividad.

Existen enfermos malos, porque no se adaptan a su enfermedad, huyen del tratamiento, rechazan los servicios médicos y se agrava su estado de salud. Pero existen pacientes “malos”, porque exigen información, exigen sus derechos como enfermos y no siempre el personal que debe responder está acostumbrado a ello, incluso hay quienes los rechazan.

El otro participante: el médico, que con su personalidad, su prestigio profesional y social, es sujeto de la relación y constituye su dirigente, actuando como orientador del otro sujeto (el paciente), pero esto no le otorga privilegio, le impone elevados deberes que le merecerán el respeto social o no.

Las acciones más importantes que debe realizar un buen médico son saber oír, saber comprender y saber enseñar.

En Cuba, donde la salud es derecho del pueblo, es imprescindible valorar el estado de salud de los sujetos, vinculándolo a su situación familiar, laboral y social y analizando su repercusión en estos.

Más adelante se tratarán las características de personalidad que debe tener un médico, pero ahora es preciso hacer énfasis en dos fenómenos psicológicos necesarios en el profesional de la salud, con el fin de conocer mejor al paciente y a sí mismo.

Uno de ellos es la *observación*. La percepción puede ser voluntaria o involuntaria; en este caso se hará referencia a la voluntaria, por su papel en la clínica. Está presente cuando acompaña a cualquier actividad que se realiza, respondiendo a los objetivos que se persiguen, en este caso dirigida al paciente. En la percepción voluntaria, una variante es la observación, que se convierte en la actividad principal que se realiza para lograr un fin deseado.

La observación es la percepción prolongada, planificada e intencional de un fenómeno, con el objetivo de conocer detalladamente sus características, los cambios que se operan en él. Significa “desmenuzar” el fenómeno, ir de la imagen a priori que brinda la percepción, a la detección de lo aparentemente insignificante.

Cultivar la percepción significa aprender a observar. La capacidad de observación no es innata, sino producto del entrenamiento, se aprende y perfecciona.

Aunque durante la observación la vista desempeña un papel fundamental, no debe suponerse que observar es solo ver; también

desempeña un papel importante el oído, el tacto y hasta el gusto y el olfato, según la tarea que se realice.

En la observación el hombre asume un papel activo, pues requiere de la planificación previa, delimitar el objeto que va a observar y los fines que persigue y de la utilización de todos los conocimientos acerca de lo observado, con los cuales confronta constantemente los datos que resultan de la misma.

En medicina, la observación constituye un instrumento insustituible. El objeto de trabajo del médico es el ser humano, complejo y polifacético. Durante la relación médico-paciente, la observación detallada de las actitudes del enfermo, de sus expresiones, sus gestos, la entonación de la voz, su silencio, su postura, cómo se relaciona con sus acompañantes si los trae, las manifestaciones somáticas de las reacciones emocionales, tales como vasodilatación, vasoconstricción, sudación, temblor en la voz, tartamudez y otras, pueden brindar información importante acerca de este. El médico siempre debe detectar la mayor cantidad de particularidades y considerar los cambios más significativos en la conducta del paciente, para saber cómo tratarlo.

Por otra parte, en la detección de signos y síntomas esenciales para el diagnóstico, la observación se encuentra en primer plano.

El médico dispone de una teoría, pero el arte de curar al paciente consiste en saberla aplicar a cada caso, haciendo que interactúen dialécticamente sus conocimientos, su experiencia práctica y la aguda observación del paciente.

El otro fenómeno que se debe tener en cuenta por el médico es la *apercepción*, tanto de su paciente como de sí mismo.

La *apercepción* es una característica de la percepción, que conjuntamente con la selectividad, demuestra que el hombre no es una máquina, que refleja el mundo, que lo hace con su personalidad. El individuo percibe como un todo y al percibir se ponen de manifiesto sus motivaciones, necesidades, deseos, sentimientos, experiencias, su actitud hacia lo percibido.

La *apercepción* es la influencia que recibe la percepción de las características de la personalidad y de los conocimientos y experiencias acumuladas hasta el momento.

Así, el médico debe tener en cuenta que el paciente tiene su propia percepción de sí mismo, de su vida, de los demás, de su enfermedad, que puede tener repercusión positiva o negativa en su estado de salud y en su forma de enfrentarlo.

Un paciente con características paranoides, que desconfía de su médico al verlo acercarse a su cama sonriendo y conversando con otra persona, podría pensar que se burla de él, percibiría la situación como agresiva. De igual forma, existe la tendencia a no ver los errores y defectos en las personas que queremos.

El médico no puede olvidarse de ello para valorarse a sí mismo y saber cuáles son sus características, para a partir de esta autovaloración poder autocontrolarse e influir positivamente en la relación médico-paciente. Si tiene problemas personales, debe tener conciencia de esto y que no se reflejen en la imagen que muestra a sus pacientes, ni en su manejo.

Una percepción inclinada a observar los signos y síntomas de carácter somático, dado a los conocimientos y experiencias que posee el médico, lo limita a valorarlo de forma integral y lo lleva, en ocasiones, a iatrogenias y errores médicos. El ejemplo expuesto al final del primer capítulo ilustra lo que se quiere expresar.

No siempre la apercepción resulta negativa al conocimiento y a las actitudes médicas. Muchas veces, la motivación, los conocimientos y la madurez de la personalidad del médico favorecen la objetividad de la percepción y la enriquecen.

La relación médico-paciente debe ser próxima e intensa, enmarcada en un ambiente de respeto y afecto mutuo que trascienda de lo estrictamente profesional para abarcar, con la misma intensidad e interés, la dimensión humana del enfermo y su entorno familiar. El médico debe actuar como un amigo y confidente indispensable.

Se hace necesario restablecer la deseable relación médico-paciente, colocando de nuevo al enfermo en el centro de atención del médico, devolviendo a su vez todo el prestigio y la dignidad que corresponde a un profesional que realiza una labor eminentemente humanitaria, por vocación y entrega total.

La vocación lleva al hombre de ciencia a buscar la verdad, manteniendo el deseo inagotable de aprender, de aumentar los conocimientos cada día, no conformándose con el escueto deber que conduce al adocenamiento.

Para mantener viva la vocación es necesaria la capacidad de trabajo, no sólo entendida como resistencia a la fatiga, sino también como resistencia al medio en que se desarrolla la actividad, que en muchos casos es hostil por falta de medios, presión asistencial y otros.

El ejercicio de la medicina es excitante y enriquecedor. Los pacientes son todos diferentes, como lo son las enfermedades. Pero uno de los aspectos esenciales en la labor médica es su vertiente humana, o lo que es lo mismo, la actitud del médico con el enfermo.

La historia clínica correctamente realizada es imprescindible para llegar a valorar adecuadamente una enfermedad, pero el paciente se sentirá inhibido y no contará aquello que le interesa si el médico no se gana su confianza y le convence previamente de que dispone de todo el tiempo para dedicárselo; además, debe esforzarse por crear un ambiente favorable para que este se sienta tranquilo y confiado.

Los que tienen años de experiencia en el ejercicio de la profesión saben que el resultado de cualquier terapéutica, por eficaz que sea, lo sería mucho más si el paciente se siente tratado como lo que es, una persona que sufre. En todas las ocasiones la palabra del médico, un consejo o una explicación, ayuda y gratifica.

Un buen médico no debe pensar jamás que es excepcional, pero sí valorar en su justa medida la vida, la gente que lo rodea y todo aquello que afecta a la persona enferma, aspirando no a la admiración, sino al respeto y a la consideración.

A lo largo de la vida profesional, a cada paciente hay que verlo como una oportunidad en la que se ponen a prueba la pericia y los conocimientos, lo que obliga a ampliarlos y perfeccionarlos día a día, mediante el estudio; lo exigen el respeto a sí mismo, a su profesión y a la sociedad.

Otras características también importantes en esta profesión son la honestidad, la sensibilidad, la solidaridad y la autodisciplina y junto a ello, de manera muy especial, el sentido común, que es garantía de juicio acertado.

Es necesario aclarar que existen otros factores, relacionados más directamente con el médico, que pueden predisponerlo negativamente frente al paciente. El cansancio, las condiciones escasamente propicias para el trabajo, la actitud incorrecta del enfermo, la presión asistencial, los problemas personales y otros.

Aún así, el comportamiento del profesional nunca debe reflejar estas circunstancias, se sobrepondrá a ellas y actuará siempre con el más alto nivel de profesionalidad. Debe acomodarse, en todo momento, a las características del enfermo, a su edad, a su condición social y utilizar, en las explicaciones, un lenguaje adecuado para hacerse entender.

La profesión médica es un privilegio, ya que el objeto de estudio es el hombre y todo privilegio tiene sus responsabilidades y limitaciones.

El médico cuidará su apariencia personal, así como la forma de dirigirse al enfermo: con sencillez y corrección, lo que le dará confianza y seguridad. Debe ser muy cuidadoso en los comentarios y conversaciones que se hagan delante del paciente, en los pasillos, en los ascensores o fuera del centro de salud, porque la persona a nuestro lado no tiene por qué conocer las intimidades de otro, puede ser un familiar o un conocido del enfermo y podrá tener la impresión de que el médico habla en lugares públicos, de modo frívolo y sin la menor discreción. La relación médico-paciente es privada, implica intimidad, de modo que nunca se deben mencionar nombres.

El secreto profesional impone no hacer comentarios de pacientes fuera del ambiente profesional y aun en él, con suma discreción y solo en caso necesario, por su indispensable valoración colectiva.

El médico siempre es un docente, más todavía, cuando tiene a su cargo la preparación de alumnos futuros médicos, enfermeros y estomatólogos, tecnólogos de la salud y psicólogos. Por tanto, es indispensable que los docentes desarrollen actitudes llenas de humanidad, solidaridad y respeto, que sirvan de modelo a los estudiantes que serán sus seguidores.

A manera de resumen y de acuerdo a lo expresado anteriormente, se puede decir que el médico debe:

- Saber oír, comprender y enseñar.
- Pensar en no hacer daño.
- Dar valor al establecimiento de una buena relación médico-paciente.
- Aprender a situarse psicológicamente en el lugar del enfermo, sin identificarse con él.
- Escrutar en las angustias del enfermo, más allá de las que él comunique.
- Valorar los objetivos del paciente para ir a consulta.
- Brindar cuidadosamente las informaciones, nunca dejar de darlas.
- Nunca terminar de dar una consulta sin cuestionarse: ¿he dado al paciente todo lo que esperaba de mí?
- Dejar fuera del centro de trabajo los problemas personales.
- Aceptar al enfermo como es.
- No usar términos médicos que el paciente no pueda comprender.
- Crear contradicciones (entre las nuevas necesidades y la manera de enfrentar los problemas hasta ese momento) en el paciente que favorezcan su evolución favorable.
- Lograr que el paciente modifique la imagen de sí mismo, relaciones con los demás y visión futura, para propiciar su recuperación.
- Debe enseñar al paciente a conocer su cuerpo y utilizar la psiquis para estimular sus defensas inmunitarias.
- Lograr que el paciente admita que está enfermo, acepte que depende de otras personas para que lo atiendan y que cuando mejore, se incorporará a sus funciones.
- Cuidado con las palabras que se dicen a los pacientes. Se debe favorecer a la salud, no obstaculizarla. No provocar desesperación.
- Conocer que el paciente tiene limitaciones para esta comprensión y lo enseñará paulatinamente, preparándolo para lo que debe suceder.
- Enfatizar en el papel de la familia y otras instituciones.
- Individualizar la atención.
- Aceptar opiniones y recomendaciones.
- Interpretar y enseñar.
- Tener el consentimiento del enfermo para las acciones que se deben realizar.
- Hacer dinámica la relación, en formas cambiantes, de acuerdo con la evolución del paciente.

Es importante que el médico conozca los diferentes tipos de relación que puede establecer con sus pacientes. Existen varias clasificaciones, pero por su objetividad en la práctica, se escogió la de Hollender⁴:

- *Activo-pasiva*. El papel activo le corresponde al médico y el pasivo al paciente. Por ejemplo: cuadros agudos con toma de conciencia.
- *Cooperación guiada*. El médico orienta, dirige y el paciente cumple lo que se le orienta. Por ejemplo: cuadros agudos sin toma de conciencia.
- *Participación mutua*. El papel activo del paciente adquiere un mayor peso y el médico lo encauza. Por ejemplo: cuadros crónicos, enfermedades no transmisibles.

Desde que se le dio nombre a la relación médico-paciente se consideraron sus dos elementos fundamentales: el médico y el paciente. Sin embargo, cada vez con más fuerza, es imprescindible tener presente a la familia en esta relación.

La familia es parte importante en la vida de un enfermo, para ayudarlo o para perjudicarlo. Existen familias disfuncionales que, con su modo de vida, influyen en la salud del individuo. Otras, que al éste enfermar perciben su problema como un obstáculo y hasta muestran rechazo abierto o encubierto por el enfermo. Algunas asumen una actitud sobrevalorada de la enfermedad, provocando tensiones adicionales y retardando la recuperación de la salud del sujeto. Otras, por el contrario, facilitan una evolución favorable con su optimismo, cariño y aceptación del enfermo y su enfermedad.

Es preciso que el médico sea capaz de identificar ante qué situación se encuentra, para conocer si las actitudes de los familiares favorecen o perjudican a su paciente y saber cómo actuar, para modificarlas en función del bienestar de lo máspreciado.

Infelizmente, con frecuencia se observa que el médico tiene en cuenta a la familia para recoger información, dar orientaciones acerca del tratamiento o para que cuide del sujeto en el hospital o en la casa. En el caso de los niños, adultos mayores muy deteriorados, personas graves y otras, se ignora al enfermo que es el principal protagonista y la relación médico-paciente se lleva a cabo con la familia. En otros casos, se ignora totalmente a la familia, obviando un elemento importantísimo en la recuperación del paciente.

La información que puede aportar la familia es valiosa en cualquier edad, carácter de la enfermedad o circunstancias, pero nunca debe olvidarse que el principal protagonista es el enfermo y que la familia enriquece las informaciones. Con ellas, puede confrontarlas, valorarlas y analizar qué incidencia tiene en el paciente.

⁴Núñez de Villavicencio, F. Psicología Médica. Tomo I, 1987, 22-24.

Asimismo, el médico no debe perder de vista la afectividad de la familia hacia el enfermo y cómo percibe su estado de salud. En ocasiones esto es ignorado y no se realiza una labor persuasiva en este sentido, para que esté al tanto del problema y de su evolución, de fortalecerla, de tenerla en cuenta como personas que también sufren, muchas veces más que el propio paciente.

Con frecuencia, el médico se acerca a la familia parcialmente o de forma impersonal, por no saber cómo hacerlo, porque teme empeorar la situación al no poder prever sus posibles reacciones, porque valora que no tiene conocimientos para analizar el caso o, simplemente, porque no la considera importante.

Entonces, el paciente es separado, en la relación médico-paciente, de su contexto social, especialmente de su familia y solo él es tratado. Los miembros del hogar son parte del problema y deben asumir la responsabilidad que les corresponde al respecto.

Es imprescindible que si el paciente es atendido por un equipo multidisciplinario, sobre todo si está ingresado donde se mantendrá en contacto con el personal paramédico, internos, residentes y especialistas, todo este personal tenga conocimiento de las características del paciente y de su familia, del diagnóstico y del tratamiento, con más cautela cuando el diagnóstico tenga gravedad o mal pronóstico, para evitar contradicciones en las informaciones o que estas no sean dadas adecuadamente, creando alarmas y estados afectivos desagradables, tanto en el paciente como en la familia, lo que pudiera provocar desconfianza hacia el personal que los atiende.

El médico y su equipo, si las características del paciente lo requieren, deben decidir a qué familiar le darán las informaciones para que este ayude a los demás a la comprensión y manejo de la situación, por su vínculo con el enfermo, sus características de personalidad y enfrentamiento a los problemas.

Esto queda claramente ejemplificado con el caso de un paciente de pronóstico muy grave, en que el residente que lo llevaba directamente estaba desempeñando una adecuada relación médico-paciente, para prepararlo paulatinamente con respecto a su enfermedad y para su futura intervención quirúrgica. Sin embargo, el equipo médico que lo atendía discutió el caso respecto a signos, síntomas, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, pero no se puso de acuerdo en cómo manejar al enfermo y a su familia. El médico principal dio las informaciones a un familiar no adecuado, que después reveló al paciente todo lo referido, con un manejo desfavorable. ¿Qué ocurrió? El paciente perdió la confianza en el residente, se deprimió, no quería hablar con nadie y fue con un estado psíquico negativo al salón de operaciones.

En ocasiones, en pacientes hospitalizados, los familiares son ignorados hasta que se les necesite o pregunten algo y no siempre el trato es afectivo, ni las respuestas satisfacen todas sus expectativas.

Cuando se llega a la cama de un enfermo, no solo se debe saludar a este, es muy importante saludar y saber cómo está también el familiar que lo acompaña, cómo ha pasado la noche, si tiene relevo, cómo ve al enfermo; en fin, se tratará como persona y no resumir la relación a responder lo que solicita o usar su servicio.

A veces, por desconocimiento del familiar, su curiosidad e interés por saber, hace preguntas delante del paciente o de otras personas. En estas circunstancias se responderá lo que el médico entienda que corresponde al momento y se le pedirá que vaya a un local destinado para ello o que tenga privacidad para conversar. Se debe tener cuidado al manejarlo delante del paciente para no crear temores y falsas expectativas. Podría decir “ya expliqué a María, pero deseo hacerlo a usted también. ¿Podría acompañarme a aquel local donde estaría más cómodo?”, así dispondrá de tiempo para eliminar temores y esclarecer todas las dudas.

El médico debe saber seleccionar el tipo de RMP, de acuerdo con el tipo de enfermo y sus características. Su papel en este sistema estará determinado, fundamentalmente, por el carácter de la enfermedad, las particularidades de su curso clínico y lo específico del estadio en que se encuentre, todo lo que condiciona la manera de contacto que se establecerá y que hace que el carácter de este no permanezca invariable a lo largo de todo el tratamiento.

Un ejemplo esclarecedor de lo expresado con anterioridad lo constituye la táctica que debe seguir el médico en su relación con un paciente hospitalizado a consecuencia de un accidente vascular encefálico. En la primera etapa, durante la presencia del cuadro agudo con toma de conciencia, el modelo óptimo es aquel en el que el papel activo le corresponde al médico y el pasivo al paciente; después, cuando las alteraciones de conciencia han desaparecido y el enfermo ya puede comenzar a ejecutar las recomendaciones del médico, este dirige y el paciente cumple lo que se le orienta. Finalmente, después de haber sido dado de alta, cuando acude a la consulta, el papel activo de aquel adquiere mayor relevancia, porque debe aprender a vivir con su problema de salud, por las secuelas que dejó la enfermedad.

Objetivos perseguidos por el paciente y el médico

Otra característica esencial de la relación médico-paciente son los objetivos que ambos persiguen.

El enfermo es movido, en primer lugar, por el deseo de aliviarse y curarse y en segundo, por saber qué tiene y cuál es su pronóstico.

El médico debe conocer qué quiere y hasta dónde desea saber o cuán preparado está para recibir la información en ese momento, para ayudarlo a resolver su problema de salud, aliviarlo y explicarle lo que desea y necesita. Esto es importante porque en ocasiones, el diagnóstico es serio y el paciente debe ser preparado, de acuerdo con las características de personalidad y necesidades, a aceptar su enfermedad y su pronóstico.

El médico será cauteloso al ofrecer información basándose en un diagnóstico presuntivo, que aún es una hipótesis que debe comprobar, entonces explicará hasta dónde puede, proponiéndole que profundizará para ofrecerle un mejor tratamiento. Esto ocurrirá sin provocar alarmas, sin dar informaciones incompletas, omitidas o inconsistentes (recordar lo tratado en el Capítulo 1 acerca del uso del método clínico).

Es importante tener en cuenta las expectativas del paciente en esta relación y cómo se satisfacen, lo que influirá en cómo enfrentará el tratamiento.

Generalmente, los pacientes intentan evaluar la capacidad y la calificación del médico, pero les falta conocimiento técnico para hacerlo y se ven obligados a realizar una valoración en la que el componente subjetivo es el que determina, lo que hace que su necesidad afectiva desempeñe tan importante papel.

Así, el paciente juzgará más a su médico por su trato amable, su seguridad, su sinceridad, ya que saldrá tranquilo y reconfortado de su consulta, por lo tanto aliviado y tendrá confianza en él, aunque tal vez existan otros más experimentados. Sentirá que sus objetivos fueron logrados.

Los objetivos del médico siempre son, ante todo, resolver los problemas de su paciente, curarlo, aliviarlo, salvarlo, mas no puede olvidar que trata a una persona y a ello se agrega obtener su confianza, respeto y tranquilidad, logrando su consentimiento en cada acción que considere realizar.

Posición de los participantes

En la mayoría de los casos, el paciente ubica al médico en un plano de superioridad debido a sus conocimientos, experiencia y papel de prestador de ayuda, por lo que se coloca a sí mismo en un plano de inferioridad, lo que determina, en ocasiones, dificultades en la relación; unas veces porque asume una postura pasiva, de aceptación a todo lo que le dice o le pide el médico, sin que siempre esté de acuerdo con él; en otras, exhibe una conducta hostil, dado que se le hace difícil aceptar que se siente inferior.

Por supuesto, estas conductas dependen, en gran medida, de la actitud y de las características del médico, del paciente, su edad, las circunstancias por las que atraviesa, el carácter de la enfermedad, su posición social, experiencias anteriores y otras.

El médico debe manejar esta actitud con mucho tacto y respeto. En el primer caso, haciendo uso del consentimiento informado, teniendo en cuenta que el principal protagonista es el paciente y nunca se aprovechará de su pasividad para manejarlo con facilidad. En el segundo, debe ser amable, respetuoso, utilizar el consentimiento informado y nunca “competir” con el paciente, no usar posición de fuerza que solo aumentaría la hostilidad y rompería una adecuada relación.

Por otra parte, el médico en ocasiones asume una posición de superioridad, pensando que tiene al enfermo “en sus manos” y esto es dañino para la relación. Su preparación sólida, su lenguaje adecuado, su comportamiento respetuoso y comprensivo le abrirán las puertas para encontrar la cooperación del paciente.

A veces, cuando el médico se coloca alejado del enfermo, detrás de la mesa o en un plano más alto que él, refuerza la posición de inferioridad del sujeto que atiende. Debe estar cerca, en un mismo plano y sentarse al lado de la mesa para facilitar la proximidad y poder escribir lo que necesita. Muchas veces, la mesa o el buró se convierten en un gran obstáculo para la estrecha comunicación que se debe realizar.

Estados afectivos

En la primera parte de este capítulo, donde se explicaron las características de los participantes, se profundizó en una serie de estados afectivos que ocurren en ambos miembros de esta relación, sin embargo, se debe enfatizar en algo más.

Generalmente, la edad, la enfermedad y el carácter de esta, determinan en los pacientes comportamientos que se corresponden con etapas anteriores de la vida. Se aprecian manifestaciones como el egoísmo, la dependencia y la demanda de afecto de variadas maneras.

Debido a esto el paciente reclama una atención exquisita del médico y es muy sensible a cualquier conducta de este que no se corresponda con sus exigencias, lo que puede engendrar hostilidad, conductas pueriles que lo llevan a negar ofrecer información, tratar de ocultar su angustia, no hacer el tratamiento y hasta no volver a la consulta.

El médico siempre debe tener un estado afectivo favorable, con gran autocontrol, dejando sus problemas en la casa y aceptando a los pacientes como son.

Defensa de la autoestima

Todo sujeto, al enfrentar nuevas relaciones, trata de ofrecer su mejor imagen, desea ser aceptado, que tengan una buena opinión de él. Esto también ocurre y aún más evidente al relacionarse con su médico. Los pacientes cuidan de su apariencia, lenguaje, gestos, de la información que brindan.

La defensa de la autoestima es un mecanismo orientado a proteger el prestigio delante de los demás y en el caso del paciente, puede conducir a no ofrecer informaciones importantes que se convierten en obstáculo para lograr los objetivos médicos.

El paciente debe percibir que el médico lo acepta como es, que su sinceridad mejorará su evolución y la comunicación, que la información que brinda ayudará para un adecuado diagnóstico porque es valiosa y que será un secreto profesional.

El médico también defiende su autoestima, su mecanismo de proteger su prestigio es importante en la relación, sin menoscabar su amabilidad, seguridad, sencillez, franqueza, delicadeza y respeto.

Comunicación

Indiscutiblemente, todo lo expresado hasta aquí confirma que la relación médico-paciente es un proceso de comunicación.

La comunicación es una relación sujeto-sujeto, donde el emisor (el médico) envía un mensaje al receptor (el paciente y su familia) y este último responde al primero en un proceso de retroalimentación. Si el médico es el único que habla o el que predomina enviando mensajes, no hay comunicación o esta es deficiente.

Para que ocurra una verdadera comunicación, el médico, encauzador de la misma, debe codificar el mensaje, de manera que el paciente pueda decodificarlo; para ello, la información que se emita debe tener en cuenta las características del enfermo, sus expectativas, conflictos, preocupaciones, objetivos, posición, circunstancias en que se encuentra, percepción de su enfermedad y cómo se relaciona con ella, entre otras.

De no ocurrir así, habría ruidos en la comunicación, generadores de iatrogenia.

La iatrogenia es el efecto nocivo que se produce en el paciente y/o la familia por la acción médica, paramédica, investigativa o administrativa. Ella puede ser física o psicológica. Las iatrogenias físicas son menos frecuentes en la práctica médica debido a la preparación científico-

tecnológica del personal de salud, sin embargo, las de origen psicológico ocurren a diario, de ahí la importancia de este libro.

Recomendaciones generales para no cometer iatrogenias:

- Hacer uso adecuado del lenguaje verbal, sin tecnicismos que puedan provocar la angustia del paciente. También hacer uso adecuado del lenguaje extraverbal (movimientos faciales, gestos, entonación de la voz, ritmo del mensaje y otros). Es importante cuidar que ambos tipos de lenguaje no se contradigan, de ocurrir así, aumentaría la desconfianza del paciente, su inseguridad y hasta su hostilidad.
- Piense siempre en no hacer daño.
- Dé el valor que merece al establecimiento de una relación médico-paciente.
- Aprenda a situarse psicológicamente en el lugar del enfermo y su familia.
- Escrute las angustias del paciente más allá de las que él comunique.
- Valore los objetivos del enfermo al acudir a consulta.
- Brinde cuidadosamente sus informaciones, pero no deje de darlas.
- Deje sus conflictos fuera de su centro de trabajo, impida que se desplacen sobre quienes vienen a usted en busca de ayuda.

La entrevista médica

Sería importante, antes de terminar este capítulo, hablar de la entrevista médica. Mediante de ella se produce la relación médico-paciente y el tener en cuenta sus etapas y cómo deben manejarse, es imprescindible para que la relación sea eficaz y se logren los objetivos del paciente y del médico.

La entrevista es una técnica científica de investigación, desarrollada en varias disciplinas de las ciencias sociales. Consiste en una conversación entre dos o más personas, de las cuales una es el entrevistador y las otras, los entrevistados.

El carácter de entrevista que asume la conversación se produce debido a que ella posee una finalidad específica.

Las funciones de la entrevista pueden ser:

- Obtener información del entrevistado o de los entrevistados.
- Facilitar información al entrevistado o a los entrevistados.
- Modificar ciertos aspectos de la conducta del entrevistado o de los entrevistados.

La entrevista es un proceso dinámico con diferentes momentos, donde cada uno cambia su función. Al principio, puede primar la función de la

obtención de datos acerca del entrevistado, lo que ayuda mejor a comprender quién es la persona que se atiende, por qué acude a consulta, qué síntomas presenta, etcétera, y facilita, de este modo, el pensamiento científico que culmina con un diagnóstico presuntivo del paciente. La función de la entrevista con ese mismo sujeto, en otro momento puede derivar hacia facilitarle información que lo ayude a comprenderse mejor a sí mismo, su problema y por ende, que tienda hacia la modificación de actitudes negativas que pueden estar afectando su salud.

También se evidencia, en el hecho que la entrevista constituye un proceso activo de enseñanza-aprendizaje. El paciente aprende nuevos datos acerca de sí mismo y de sus relaciones con el medio y desarrolla nuevas formas de conducta, facilitadas por su nueva experiencia.

El entrevistador aprende las formas específicas de respuesta del sujeto entrevistado, desarrolla sus habilidades en la técnica de la entrevista; aprende a conocerse a sí mismo y las posibles dificultades que surjan en el manejo de su conducta; se perfecciona en su condición de experto en relaciones interpersonales.

Es la entrevista un profundo proceso de comunicación al que se ha hecho referencia al explicar las características esenciales de la relación médico-paciente. Es preciso enfatizar entonces en sus etapas y formas adecuadas de manejo.

La entrevista médica tiene varias fases o etapas: la recepción, la identificación, el interrogatorio, el examen físico, los exámenes complementarios, el establecimiento del diagnóstico y del plan de tratamiento y la despedida.

La recepción

Es la fase en que se inicia la interrelación. Es muy importante, pues logra satisfacción en el contacto personal y se estimula la comunicación entre el entrevistador y el entrevistado, donde cada uno responde con sensibilidad, respeto e imaginación a la otra persona. El médico propiciará que esto ocurra en su paciente.

Recepción es recibir, recibir con agrado para que el enfermo “entre”, no sólo al local de la consulta, sino en la interrelación.

Esto se puede lograr por la actitud de aceptación por parte del médico, amabilidad, confianza que inspire, forma de manejar la tensión que generalmente siente el paciente a causa de las expectativas que lo llevan a la búsqueda de ayuda.

Es importante también que el local donde se desarrolle la entrevista tenga privacidad, iluminación y ventilación adecuadas. Además, la

apariciencia del médico y la enfermera debe ser correcta: ropas limpias y propias de la profesión, sin adornos exagerados.

En esta etapa, el médico no sólo se preocupará por crear una estrecha relación con su paciente y su familia, sino observar cada detalle que ellos puedan ofrecerle en sus formas de llegar, entrar, caminar, sentarse, expresarse, que le permita conocerlos mejor y entablar la comunicación con mayor rapidez y facilidad.

Se hace referencia a la recepción, pensando en el momento de la consulta, cuando el paciente llega y se establece una relación empática. Sin embargo, se puede decir que la recepción comienza mucho antes; cuando el médico llega a su centro asistencial y saluda afablemente a sus compañeros, a las personas que encuentra a su paso; cuando camina por los pasillos con seguridad y alegría e incluso, cuando camina por las calles, está dando una imagen que le abrirá las puertas a la comunicación con los demás, que pueden ser posibles pacientes suyos.

Es por ello que la ética del médico rebasa los límites de su profesión, en la relación con los enfermos y sus familiares, para expresarla con sus compañeros y con la sociedad en que vive.

En fin, al llegar el paciente el médico debe estar esperándolo, pararse, saludarlo, invitarlo a sentarse cerca de él, preferiblemente, sin que medie entre ellos una mesa o un buró que pueda convertirse en un obstáculo para la comunicación.

Una vez ganada la confianza del enfermo y percibir que está cómodo física y psíquicamente, podrá pasar a la siguiente fase.

La identificación

En este momento el médico recogerá los datos generales que le permitan conocer lo esencial de su paciente y saber cómo hablarle, de acuerdo a con su nivel de escolaridad, profesión, estado civil y otros.

Es muy importante, ante todo, preguntarle el motivo de su visita antes de tratar de conocer otros datos, de esta forma percibirá la preocupación por él y que es tratado como persona. Las demás informaciones se tomarán en caso necesario y en el orden que el paciente lo permita y el médico lo considere oportuno. Se especifica esto porque, con frecuencia, se observa en consulta una preocupación inicial y priorizada por recoger información de rutina para llenar la hoja de cargo con objetivos estadísticos y no tanto para identificar al paciente. Los datos son importantes, pero más importante es él, como enfermo y como persona.

El entrevistador solo debe preguntar y anotar aquello que le sea necesario. Dar nombres y otros datos personales significa un compromiso que tal vez posteriormente limite la recogida de otros de mayor interés.

Por otra parte, en la identificación es imprescindible observar atentamente al entrevistado para recoger todo lo que su lenguaje verbal y extraverbal está aportando y que es muy valioso para poder abrir las puertas de la comunicación.

El interrogatorio

Esta etapa es la más importante de la entrevista puesto que constituye su objetivo fundamental y por tanto, será manejada con mucho cuidado. Es en esta etapa, que ocurre en la primera consulta, donde se realiza la historia clínica.

El interrogatorio es como una casa a la que se llega y uno puede ir adentrándose en ella, en la medida en que sus dueños lo permitan, acepten, se sientan confiados; por lo que la maestría del entrevistador es imprescindible para ello.

Para realizar un adecuado interrogatorio se debe preparar inicialmente, con sumo cuidado, el cuestionario o cuerpo de preguntas. Esto asegurará parte del éxito, su elaboración facilitará la preparación del entrevistador e influirá en una conversación planificada y fluida, que prevenga posibles cambios de acuerdo con la individualidad del sujeto.

Algunas recomendaciones para la elaboración del cuestionario:

- Las preguntas serán abiertas para facilitar la espontaneidad del individuo y la comunicación. No usar preguntas cerradas que propicien las respuestas con monosílabos. Las preguntas cerradas son propias de la encuesta y no de la entrevista.
- Comenzará por preguntas generales y pasar a las particulares e íntimas paulatinamente. Esto ocurrirá de manera más cuidadosa cuando se precisa conocer acerca de cuestiones muy personales del entrevistado. Estas preguntas se dejan para el final, después que se haya desinhibido, que se sienta en confianza.
- En el interrogatorio médico no sólo deben preverse preguntas acerca de su estado de salud, sino además todas aquellas que tengan que ver con el mismo. No hará preguntas innecesarias que pueden agotarlo o invadir su privacidad.
- Las preguntas tendrán un orden lógico, con enlaces entre ellas para propiciar que sea una conversación placentera.
- Las preguntas se formularán de forma comprensible, teniendo en cuenta escolaridad, edad y características del enfermo. No se debe utilizar lenguaje técnico, pues el no entenderlo puede incrementar las preocupaciones del sujeto y su posible desconfianza. Si en algún momento es preciso hacerlo, el médico debe explicar lo que quiere decir.

Recomendaciones para realizar un buen interrogatorio que enriquezca la relación médico-paciente y viceversa:

- El entrevistador aceptará al entrevistado como es. Debe saber escuchar con atención. En esos momentos no hay para el entrevistador algo más importante. Nunca debe dar impresión de impaciencia y premura.
- Observará detenidamente a su entrevistado para tomar toda la información verbal y extraverbal que ofrezca. Además, esto permitirá hacer cambios pertinentes o tal vez, pasar a otra fase de la entrevista y dejar datos que faltan para la próxima consulta, si se observan limitaciones en su cooperación. Recuerde lo expresado en este capítulo acerca de la defensa de la autoestima.
- No siempre, en la primera consulta, se logra toda la ayuda del sujeto, que se sienta respetado es lo más importante para llegar a él.
- El entrevistado necesita percibir que la conversación es placentera y fructífera.
- El entrevistado debe percibir la entrevista como un hecho importante y amplio.
- El médico no debe interrumpir bruscamente al paciente por considerar que está refiriendo datos sin importancia, probablemente para él sí la tiene y necesita decirlos, ventilarlos. Si es preciso interrumpir, puede hacerse una pregunta de precisión, de reorientación, con delicadeza y habilidad para lograr que no se interprete como una falta de interés por sus inquietudes.
- Al paciente se le mirará a los ojos, con verdadero calor humano. Los gestos y expresiones del especialista también manifiestan la preocupación por él. Se trata, además, de considerarlo como una persona a quien se le debe respeto y buen trato.
- El médico debe ser sencillo, modesto. Las muestras de superioridad técnica o personal frecuentemente hacen sentir al interlocutor que se le subvalora, así como a su información.
- No juzgar ni censurar a la persona enferma. De ser así, se pone en peligro la recogida de información completa y confiable, ya que el paciente se pone a la defensiva. El médico aconseja y ayuda, no es juez que critica y sanciona su conducta.
- El médico debe conocerse bien para controlar sus características que pudieran dañar la relación.
- Recordará su papel profesional al tipificar cualquier rasgo agresivo en el paciente como un síntoma más de carácter psicosocial.
- No debe subvalorar ni burlarse de cualquier petición del paciente con respecto a que se le realice una radiografía u otro examen complementario y convencerlo de que es innecesario si así lo fuera.
- Educará siempre al paciente. La prevención es un principio de la medicina y en la consulta de cualquier especialización clínica, lo

- importante no es solo curarlo, sino también evitar que vuelva a enfermar. Los factores causales y desencadenantes, detectados en la anamnesis (historia clínica), deben ser analizados con el enfermo para neutralizarlos mediante una acción conjunta del médico con el paciente.
- Escribirá sólo lo imprescindible para favorecer la comunicación. Una vez que el sujeto se haya ido, se recogerán los datos importantes.

El examen físico

No debe considerarse el examen físico como un elemento aislado que se adiciona a la entrevista, sino como una etapa del trabajo del médico con el paciente, durante la cual continúa el desarrollo de la relación médico-paciente y la propia entrevista.

El examen físico es el examen de lo objetivo, de lo empíricamente observable en el enfermo, aunque no debe olvidarse que durante el mismo el paciente se siente observado. Sin lugar a dudas, esta situación resulta desagradable para la mayoría de los sujetos, pues pueden sentirse dañados en su integridad personal, un poco por el pudor lastimado, también por lo molesto o doloroso que puede resultar éste o, por el conflicto que tiene respecto a su enfermedad, al querer saber y no conocer qué tiene según sus expectativas.

Los conocimientos, hábitos, habilidades y capacidades del médico, se ponen de manifiesto durante la palpación, la percusión y la auscultación de los signos y síntomas, mas no debe olvidar la comunicación con el paciente. El examen físico no debe ser silencioso ni emocionalmente distante, el enfermo debe sentirse tratado como persona y no como una “cosa explorada”. La actitud clínica del médico no está divorciada del respeto, la empatía y la delicadeza hacia el enfermo.

Primeramente, preparará psicológicamente al sujeto para el examen físico, lograr su consentimiento informado, si el examen es en partes de su cuerpo que atentarian sobre su pudor o si puede resultar doloroso. Es necesario lograr su convencimiento y aceptación acerca de lo que hay que realizar.

Durante el examen físico, los comentarios y la información al paciente no deben faltar, ni tampoco las frases de optimismo que lo reconforten. Además, es necesario vincular los datos obtenidos en el interrogatorio con los elementos que se van detectando, por ejemplo: “¿Es aquí donde dice usted que le duele cuando come?”. Se debe hacer notar que el enfoque biográfico no resulta útil solo para los aspectos psicosociales, sino que pueden salir a relucir también cuestiones de interés puramente biológicas.

Un buen médico cuidará su lenguaje extraverbal en esta etapa, cualquier gesto de alarma o de duda será percibida rápidamente por el

paciente que está al tanto de todo lo que él hace. Evitará que exista contradicción entre su lenguaje verbal y el extraverbal, para no aumentar las tensiones. Si necesita repetir el examen en una misma zona, debe explicar por qué lo hace, esto puede preocupar mucho al paciente.

Además, realizando las manipulaciones con delicadeza, se evitan molestias y se disminuyen al máximo las que son inevitables.

Si por razones docentes, el médico, como profesor, entiende que los alumnos deben incorporarse al examen físico o a otro momento de la entrevista, solicitará el consentimiento informado del enfermo y si no lo obtiene, se privará de sus intenciones.

Durante el examen físico la entrevista continúa y con ella debe lograrse en el enfermo:

- Seguridad y disminución de las tensiones.
- Más confianza en la capacidad y la autoridad profesionales del médico.
- Elementos que consoliden la relación médico-paciente.

Los exámenes complementarios

Los exámenes complementarios se utilizarán por el médico para comprobar su hipótesis, su diagnóstico presuntivo y solo si son realmente necesarios. Sería bueno recordar lo expuesto en el Capítulo 1, acerca de la relación médico-paciente, el método clínico y la tecnología.

El médico precisará, antes de indicarlos, cuáles son imprescindibles. Muchas veces se evitan aquellos que son costosos, dolorosos o riesgosos; sin embargo, los inocuos y fáciles de realizar se indican con mucha frecuencia.

Es preciso que los médicos reflexionen acerca de que todos los exámenes complementarios tienen un componente mayor o menor de agresividad para el paciente. Su indicación es ya una preocupación: “¿Qué tendré?”, “¿Por qué me lo indica?”. Después debe pedir una cita para hacerlo y mientras llega ese momento, está preocupado. En la etapa inmediata anterior a realizarlo, con frecuencia, debe tener una preparación física que altera la psicológica. Posteriormente, debe esperar su turno en un salón, donde hay otras personas en similar situación y donde escuchará comentarios que no siempre son positivos. A continuación, durante la realización del o de los exámenes, se corre el riesgo de que se cometan, con el paciente, iatrogenias físicas y psicológicas. Le sigue la espera del resultado y, finalmente, la nueva entrevista con el médico para que revise los datos aportados y manifieste su diagnóstico. ¿Son tensiones que lo agraden?

El médico puede aliviar muchas de estas tensiones si:

- Indica solo los complementarios necesarios.

- Explica, con claridad y veracidad, por qué indica el complementario, en qué consiste, qué debe hacer él como paciente, qué pasará y qué resultados persigue.
- Al explicar, evita que aumenten las tensiones a la hora de dar un diagnóstico presuntivo que aún no ha sido comprobado. El médico tiene suficiente preparación técnica para que sus explicaciones sean sinceras y esclarecedoras, sin provocar alarmas innecesarias y anticipadas sin tener un diagnóstico definitivo.
- Cuando el médico considera que es necesario hacer un complementario, que por sus características es difícil de hacer en el lugar de residencia, debe ayudarlo a resolver su turno si fuera imprescindible, buscar otras alternativas o, simplemente, si fuera imposible en esos momentos, no indicarlos, ni hablar de ello.
- Cuando considera que es necesario hacer un complementario que trae riesgo para el paciente, debe tener el consentimiento informado de este y de su familia, dejarlo escrito en la historia clínica y adjuntar un acta al respecto con firmas de su aceptación o solo firmar en la historia clínica. Si el paciente no está en condiciones de hacerlo, los familiares allegados lo harán por él.

El diagnóstico y establecimiento del plan

El diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico, son las principales preocupaciones del paciente. El médico debe estar seguro del diagnóstico para establecer un plan exitoso y exponer el pronóstico acertado. Explicará en qué consiste, qué signos y síntomas lo han llevado a tal conclusión, hacerlo con claridad, sin lenguaje técnico y con veracidad, para ganarse la confianza del sujeto.

Al explicar el plan a seguir, expresará por qué cada medicamento, qué efectos se esperan de ellos, de qué forma serán dosificados y algo muy importante, provocar la sugestión indirecta, es decir, insistir en la efectividad de los mismos para provocar su influencia psicológica. Además, cuidará, al escribir las recetas, que sean con una letra legible.

Recordar que, generalmente, el tratamiento no solo lleva la indicación de medicamentos, sino que se acompañará de orientaciones para el cambio de estilos de vida, con el fin de favorecer la recuperación de la salud y evitar recaídas. Estas orientaciones deben precisar qué hacer, cómo hacerlo de acuerdo con el problema que presenta, las circunstancias que lo rodean, las características de personalidad y las condiciones sociales que tiene.

La despedida

La despedida es un momento breve, pero importante, de la entrevista, que puede enriquecer las etapas anteriores o perjudicarlas con un final infeliz.

En esta fase, el médico resumirá los aspectos más significativos encontrados y reforzar las orientaciones más importantes. Además, elogiará la colaboración del paciente e insistir en la seguridad que tiene de que seguirá el plan acordado. Se le citará para la próxima consulta y se le despedirá amablemente. Evitará escribir o atender otra actividad, mientras transcurre la misma.

CAPÍTULO 3

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN DIFERENTES GRUPOS DE EDADES

En los capítulos anteriores se ha insistido en la idea de que no hay enfermedades, sino enfermos y que cada uno de ellos constituye una individualidad. Partiendo de este enfoque, surge este capítulo en el que se exponen criterios y recomendaciones acerca de la relación médico-paciente en diferentes grupos de edades, teniendo en cuenta que cada etapa del desarrollo del hombre tiene sus características y el médico debe conocerlas y saber manejarlas.

Relación médico-niño

El derecho a la dignidad personal se extiende también al niño. Aunque en la Antigüedad el niño no fue considerado como sujeto de derechos, actualmente se ha empezado a reconocer que es una persona y como tal tiene sus derechos.

En Cuba, nada es más importante que un niño; sin embargo, existe una tendencia generalizada, al verlo muy pequeño, con pobres conocimientos y posibilidades de enfrentar situaciones y mucho menos su enfermedad, de que en consulta el pequeño sea solo utilizado para el examen físico, privándolo de su derecho de participar, como sujeto, de su problema y de tomar decisiones y posiciones activas al respecto.

Esto, a la larga, propicia que sean adolescentes, jóvenes, adultos y hasta adultos mayores dependientes y poco responsables de su estado de salud. Los familiares pueden ofrecer una información complementaria que resulte importante para el diagnóstico y para que el enfermo cumpla las medidas terapéuticas. No quiere decir que el infante se sienta desplazado como fuente de atención, hay que dejar que se exprese libremente.

Es importante evitar comentar con los familiares las confidencias que el paciente haya relatado, salvo que obtenga permiso del mismo. Siempre es preferible, desde el punto de vista ético, que la entrevista con los familiares se lleve a cabo en su presencia, así se evita que se intranquilece por la posibilidad de que éstos suministren una información errónea que perjudique el tratamiento, que él perciba que no se tiene en cuenta o que exista la posibilidad de que lo engañen u oculten algo.

Si el paciente está presente, puede discrepar sobre lo que los familiares refieren, matizar ciertos detalles y no dudar de los demás y el médico.

Si se niega a hablar delante o con sus familiares, el médico debe persuadirlo de ello. Si persiste, será respetado, a no ser que se trate de personas incapacitadas y no se les pueda considerar mínimamente responsable.

Una vez esbozados los aspectos esenciales de los que partirá una adecuada relación médico-paciente con el niño enfermo, se hace necesario precisar algunos criterios para llevarlos a cabo y que se obtenga el éxito terapéutico.

Las acciones más importantes que desarrollará un médico son: saber oír, saber comprender y saber enseñar, en cualquier tipo de pacientes y esto es imprescindible en los niños. Los pequeños serán escuchados con detenimiento y aunque parezca que su edad no les permite ofrecer datos de importancia, su información verbal y extraverbal podrá ser valiosa en el diagnóstico y el tratamiento.

Asimismo, el hecho de comprenderlos, de aceptarlos como son, de saber que no se pueden comportar en la consulta o cuando están hospitalizados, como adultos, les hace sentir que son considerados como persona, que se les respeta y se les tiene en cuenta, lo que contribuirá a confiar en su médico u otro personal que los asista y favorecerá a la colaboración en la entrevista, en el tratamiento, continuar asistiendo a las consultas y a buscar ayuda cuando la consideren necesaria.

Por otra parte, lo anteriormente expuesto abrirá las puertas al médico para enseñarlo. ¿A quién mejor se podrá enseñar que a un niño que está tan ávido de conocimientos, que está en toda plenitud de apropiarse de toda la experiencia social que puedan aportarle?

La salud es una de las riquezas más importantes para el hombre. Enseñar a cuidarla desde pequeño es asegurarla, es promover un estilo de vida adecuado, desde edades tempranas, que propicie una calidad de vida presente y futura, donde el individuo desempeñe un papel activo y decisivo.

El médico u otro personal de salud, al relacionarse con el pequeño, debe tener en cuenta su edad y el desarrollo psicológico alcanzado en relación con esta, para decidir el lenguaje que utilizará, tipo de información que solicitará y ofrecerá, exigencias de su participación en el tratamiento, así como dosificarlas. De ello se desprende que valorará sus intereses, de acuerdo con su edad y características individuales.

Los más pequeños se interesan por los objetos; los preescolares y escolares menores, por los juegos; los mayorcitos, por la escuela y los adolescentes, por su independencia e identidad.

El carácter de la enfermedad y cómo la percibe, debe tenerse en cuenta. Si el problema de salud es agudo, el niño puede sólo sentir molestia y valorar que los síntomas limitan sus actividades de juego habituales y las relaciones con otros niños; de otra forma, puede fingir que no hay síntomas para poder continuar satisfaciéndolos y percibir la visita del médico como un obstáculo o alguien que le puede provocar nuevas molestias, como exámenes complementarios y tratamientos dolorosos. Otros, sin embargo, pueden simular los síntomas o demostrar que son más agudos para obtener ganancias secundarias.

Lógicamente, el médico deberá conocer estas reacciones para que su diagnóstico, manejo y establecimiento del plan sean eficaces.

Si la enfermedad es crónica, profundizará también en cómo la percibe, pero además, cómo se relaciona con ella y cómo la perciben sus familiares. Esta relación puede ser subvalorada, adecuada, de negación, nosofóbica o sobrevalorada y nosofílica o por ganancias secundarias.

En estas enfermedades, con frecuencia se encuentra la relación sobrevalorada, provocada por las actitudes de los padres que se sienten incapaces de enfrentarla y por las molestias que la misma ocasiona reiteradamente en el niño, adicionando tensiones que agudizan y hacen más frecuentes las crisis, lo que se agrava con la tendencia de los familiares a la sobreprotección, por temor a que ocurran, provocando que el niño se perciba como enfermo, como inútil y diferente a los demás.

El médico deberá profundizar al respecto para enseñar al niño y sus familiares las características de la enfermedad, sus causas, sus consecuencias y cómo enfrentarla de la forma más adecuada, que asegure, dentro de las limitaciones que ofrezca el estado de salud, la calidad de vida y por lo tanto, un pleno desarrollo de la personalidad.

Entonces, enseñar al pequeño y sus familiares a vivir con la enfermedad, es la misión más importante del médico y debe llevarla a cabo con el establecimiento de una relación de participación mutua con el paciente, que lo asegure.

Si la enfermedad es grave, de acuerdo con la edad, estado de conciencia y características del niño, el médico decidirá qué informará al pequeño, cómo dosificará la información y cómo irá solicitando de él su colaboración.

Asimismo, preparará a los familiares manejando sus individualidades acerca del tipo de enfermedad, sus causas, consecuencias y cómo enfrentarla.

Es preciso recordar que para los padres lo más querido son sus hijos. El tacto, la serenidad, la veracidad y la confianza que inspire el médico, los ayudará a sobrellevar la situación penosa a la que están sometidos.

En el caso de que la enfermedad esté en grado terminal, debe revisarse lo expuesto en la relación médico-paciente con el enfermo en estado terminal (Capítulo 4), ajustándolo a las características del niño.

En la relación que establecerá el médico con el pequeño, sobre todo si su actuación puede provocar dolor o molestias, deberá explicarle paulatinamente qué hará y por qué, qué podrá pasar, cómo podrá ayudar. Este manejo proporcionará gran seguridad y confianza en el médico y favorecerá su colaboración y éxito.

En el transcurso de la relación, el niño no se comparará con otro. En ocasiones se acostumbra a utilizar frases como: “mira qué bien se porta ese niño”, “fíjate, a él no le duele”, “qué pensará el médico de ti” y otros. Se debe recordar que el dolor es una experiencia muy individual, donde intervienen elementos cognoscitivos, afectivos y conductuales, por lo que cada niño lo siente muy diferente. Compararlo, ridiculizarlo, exigirle más de lo que pueda dar, menoscaba su autoestima, le hará sentirse humillado, inferior a otros que soportan más que él y puede perder la confianza en el que le dijo que no le dolería, que no le pasaría algo molesto. A la larga, podrá convertirlo en un mal paciente que evite asistir al médico, aunque lo necesite.

Es importante que el médico indague con el niño acerca de su conocimiento sobre su asistencia a la consulta, por qué lo hace y su interés en ella. Muchos niños son llevados por sus padres, sin ser consultados. Este elemento es especialmente de cuidado en los adolescentes, donde las características de la edad requieren de no ignorarlos, ya que pueden sentir que son tratados como niños.

Otro aspecto que se debe tener en cuenta para iniciar una relación con el paciente es cuando éste ha sido remitido. Muchas veces no sabe por qué, lo que puede provocar que no asista o lo haga con recelo. El médico se cerciorará de cómo percibe esta situación y disminuir o eliminar su incertidumbre o desconfianza, sobre todo con algunas especialidades con determinada connotación social (Psicología, Psiquiatría, Oncología, Cirugía y otras).

Son importantes las circunstancias que rodean la enfermedad y cómo las percibe. Al relacionarse con el niño, valorará la aceptación que hace de la consulta y del médico, la enfermera y otro personal, para decidir la prolongación de la recepción, si es necesario trasladarse de local o hacerlo en un espacio libre; pues en ocasiones, el niño llora, se resiste y es porque estuvo enfermo recientemente, porque estuvo ingresado o sometido a un tratamiento doloroso, o no haber estado preparado adecuadamente por los padres e incluso, algunos adultos usan con frecuencia amenazas respecto a manejos médicos para disciplinarlos o lograr algo que no desea él, como recurso educativo.

No es la misma relación, rica en comprensión, tacto y apoyo, con el niño que es atendido en consulta, al que está hospitalizado y dentro de ello, el tipo de consulta y de sala de ingreso. No es la misma relación la que se establecerá con el niño y sus familiares, si antes no ha estado ingresado.

Cuando se debe ingresar a un niño, el médico lo informará con tacto, sin alarma, pero con seguridad y objetividad. Un ingreso de un niño tiene una fuerte connotación para los padres y una repercusión psicológica y social.

Además, en la relación con el paciente hospitalizado hay que tener en cuenta qué familiar lo cuidará, cómo es y cómo se comporta, especialmente cómo lo percibe el niño, pues tal vez, de acuerdo con ello, necesite más apoyo del médico y del personal de enfermería.

Las condiciones sociales del pequeño son importantes en la valoración: la forma de manejarlo, precisar si es hijo único, si hay otros hijos, si la madre es soltera, si los padres están casados, si están divorciados. Al respecto, en ocasiones se presentan situaciones difíciles, por disputa entre los padres, que pueden convertirse en obstáculos para la evolución del niño y el médico debe orientarlos con tacto y discreción.

El nivel de escolaridad de los padres, su situación económica, condiciones de vida, lugar de procedencia, son importantes para determinar la solicitud de información, el ofrecer información y determinar el establecimiento del plan médico.

Es importante, además, tener en cuenta la privacidad y condiciones en que se atiende al pequeño, ya sea en consulta o si está hospitalizado, sobre todo en dependencia de las características de los padres, el carácter de la enfermedad y su pronóstico.

Si el pequeño estuviera ingresado, sus familiares deben ser atendidos, informados, aceptados y enseñados sistemáticamente, no sólo utilizados para recoger información y que atiendan al niño. Deben sentirse personas, nunca ignorados. Recordar que la situación que atraviesan es más difícil para ellos, que para el propio paciente, por su condición de padres.

Siempre que sea posible, en los salones de espera para pasar a la consulta, debe cuidarse de la decoración, la iluminación, la ventilación y el confort en general, ya que los niños se agotan con facilidad, su atención es poco duradera y son inquietos, mucho más ante la expectativa de lo que ocurrirá.

Para resumir este acápite, es importante ofrecer algunas recomendaciones:

- El niño es el principal protagonista como paciente, por lo que la entrevista, con todas sus etapas es con él y no con sus padres. Por supuesto, el familiar es necesario para enriquecer la información y guiar el tratamiento.

- Es preciso enseñarlo qué hacer ante su problema de salud. En primer lugar, porque debe hacerse responsable del mismo y en segundo lugar, hay que prepararlo para asumir actitudes adecuadas hacia el mantenimiento de su salud y responsable en el caso que enferme, no sólo en la niñez, sino en etapas posteriores de la vida.
- Lo primero que hará el médico en esta relación, es ganarse la confianza del niño. Tendrá cuidado de no sobrereactuar o exagerar en el proceso de comunicación, los niños son muy sensibles y desconfían con facilidad, sobre todo si han tenido experiencias desagradables. La naturalidad, la suavidad y la veracidad en el trato, abrirán rápidamente las puertas a una relación satisfactoria.
- Se deben tener en la consulta algunos juguetes, libros adecuados para los niños, hojas de papel y lápices que puedan ser facilitadores de la comunicación, despertando en ellos la fantasía para ganar su confianza.
- El niño cooperará en la medida que sepa qué se hará, qué sentirá, qué ocurrirá y cómo puede ayudar. Esto se reforzará con halagos a sus conductas adecuadas. El conocimiento verídico y paulatino de lo que irá sucediendo, le da confianza en el médico y en él mismo.

Nunca se debe sujetar con fuerza, mentirle, ni compararlo; de hacerlo, el pequeño puede perder toda la confianza en los procedimientos médicos y paramédicos. Si es necesario inmovilizarlo en alguna ocasión, es importante explicarle por qué y lo que se hará, para que pueda ayudar a su realización.

Relación médico-adolescente

La adolescencia es un período de transición especialmente crítico e intenso en el seno familiar, que puede estar marcado por inestabilidad en los miembros de la familia, al estar sometidos a los impactos del crecimiento y el desarrollo del adolescente. Esta etapa es el tránsito de la niñez a la adultez.

El adolescente, en su tarea de descubrir nuevas direcciones y formas de vida, desafía y cuestiona el orden familiar preestablecido. En su dicotomía independencia- dependencia, crea, en muchas ocasiones, inestabilidad y tensión en las relaciones familiares, lo que a menudo provoca problemas que pueden tornarse crónicos.

Sin embargo, cierto grado de conflicto entre las generaciones es inevitable y necesario para permitir el cambio y promover el desarrollo individual y familiar.

El grupo familiar proporciona apoyo emocional y protección a sus miembros y les permite su crecimiento y desarrollo. A pesar de sus intentos de distanciamiento y a veces sus agresiones, el adolescente necesita de la cercanía y disponibilidad afectiva de los padres, cuya tarea no es fácil, puesto que a la vez son juzgados y criticados por sus hijos.

Los padres resultan especialmente vulnerables en este período, lo que se intensifica aún más cuando sufren problemas de autoestima o enfrentan conflictos personales. Esto puede llevarlos a ser intolerantes, inconsistentes o negligentes con sus descendientes. Muchas veces por inseguridad, se vuelven rígidos e intransigentes, cerrados a cambios de posición y negociación con el adolescente; estos últimos también educan a sus padres.

Esa actitud de resistencia a ser dirigidos, no sólo la manifiestan con sus padres y familiares, sino también con sus profesores, vecinos, personal médico y otros.

En esta etapa prefieren relacionarse con sus iguales, aumenta el número de amistades y comienzan a seleccionarlas bajo criterios más objetivos, donde ya van diferenciando a los compañeros, las amistades y los amigos íntimos. Entre adolescentes se sienten independientes, hablan un mismo lenguaje, disfrutan de similares intereses, comparten criterios, se van educando mutuamente. Entre ellos son adolescentes, no niños o adultos, como los padres los tratan según las circunstancias.

Desde el punto de vista biológico, la adolescencia se caracteriza por el rápido crecimiento, cambios en la composición corporal, el desarrollo de los sistemas respiratorio y circulatorio, el desarrollo de las gónadas, órganos reproductivos y de caracteres sexuales secundarios, así como el logro de su madurez física.

El conocimiento del proceso normal del crecimiento, las secuencias de los hechos madurativos, las grandes variaciones que presentan y la referencia a los patrones normales, constituyen el andamiaje básico para la comprensión acabada del adolescente.

Muy relacionado con lo anterior, el desarrollo psicológico también tiene cambios rápidos y notables, en la medida en que va percibiendo su desarrollo físico y ocurre su maduración.

En esta etapa hay un desarrollo progresivo del pensamiento lógico que va contribuyendo a la conformación de sus convicciones, intereses, ideales, aspiraciones, autovaloración y otros elementos de la personalidad. Hay una comprensión mejor de sí mismo, con relación a otros. Se desarrolla la identidad, las relaciones emocionales y sexuales van madurando. Va adquiriendo integridad, es decir, sentido más claro de lo que está bien y lo que está mal, incluyendo actitudes y comportamientos socialmente responsables.

Necesita y va tomando cada vez más independencia, con un sentido de sí mismo que le permite tomar decisiones e ir asumiendo las funciones, prerrogativas y responsabilidades del adulto.

En la primera etapa de la adolescencia (pubertad), los cambios anatomofisiológicos son muy evidentes y característicos y provocan un mayor esfuerzo del sistema nervioso, se observa, por ello, en los adolescentes, irritabilidad frecuente, labilidad afectiva y cansancio.

El médico debe conocer estas características y cómo se condicionan unas a otras, para poder establecer una relación adecuada con el adolescente y ofrecer a los padres y educadores, en los casos necesarios, una acertada y oportuna orientación.

El médico debe tener en cuenta que la vida del adolescente se desenvuelve en medios de profundos cambios biopsicosociales, suele explorar y experimentar por sí solo y por ende, a veces se puede ver envuelto en conductas de alto riesgo, con experiencia limitada o nula al respecto.

La aparición de este tipo de conductas durante esta etapa no debe causar sorpresa, puesto que a menudo estas representan un intento de responder a necesidades evolutivas, como el desarrollo de la autonomía, el aprendizaje de roles nuevos y la capacitación para la intimidad.

El éxito de toda medida preventiva depende de la información y manejo correcto acerca de la vida de los adolescentes. Además, dependerá de que nuestra sociedad facilite un balance satisfactorio entre el cumplimiento de las tareas de la adolescencia y la experimentación con toma de riesgo. El trabajo de prevención requiere también de la participación de modelos de conducta positivos (líderes profesionales, familia, iguales) y el desarrollo institucional que vele también por ello.

La atención del adolescente debe ser prevista en múltiples niveles. En primer lugar, porque es a menudo reacio a la visita médica, deben facilitarse las oportunidades de atención en lugares donde ellos se encuentran (escuelas, clubes). En segundo lugar, porque los adolescentes frecuentemente se sienten intimidados al coincidir en secciones dedicadas a adultos e irritados al compartir un salón de espera con niños.

Esto también es útil porque muchos adolescentes que consultan, piden confidencialidad y a menudo, evitarán usar los mismos servicios a donde asistan sus familiares, amistades o conocidos, ya sea por el riesgo de la divulgación del “secreto” o por su afán de individualización e independencia de sus padres.

Finalmente, muchos adolescentes necesitados de cuidados especiales no concurren a los servicios existentes por temor a la crítica adulta, por ende, estos deben estar en condiciones de recibirlos y aceptarlos como son. En otras palabras, debe crearse un espacio para ellos y el personal

que los atenderá se preparará para manejarlos de acuerdo con sus características. Atender adolescentes requiere interés, tiempo y experiencia profesional.

Para lograr un cuidado efectivo y una buena relación, es fundamental que al profesional le gusten los adolescentes, pues estos tienen una sensibilidad exquisita para identificar el desinterés o el rechazo. Debe reconocerse que el adolescente tiene edad para elegir y tener su propio médico, contar su propia historia, hacer preguntas, recibir indicaciones y en forma progresiva, hacerse responsable de su propia salud.

Los servicios de atención de salud a adolescentes deben tener algunas características importantes: privacidad, confidencialidad, interacción, aspectos educativos, horario y localización adecuados y, quizás especialmente, credibilidad y actitud positiva de todo el personal que lo atiende, fundamentalmente el médico o el especialista. Una recepcionista hostil puede sabotear los mejores intentos de los profesionales.

El médico debe tratar de mantener su identidad adulta y no tratar de identificarse con los adolescentes en su vestuario, lenguaje o actitudes, pues ellos esperan ser atendidos por profesionales adultos con conocimientos y autoridad.

Los médicos querrán aprovechar la consulta para dar educación en salud, pero lo primero es considerar los objetivos del paciente.

Los familiares estarán en consulta a elección del adolescente y si es imprescindible que concurren juntos, el terapeuta debe lograr su consentimiento informado.

Debe dedicarse al adolescente el tiempo necesario, si por alguna razón no puede ser, lo mejor es explicar las razones y hacer una nueva cita para el paciente, pues una atención apresurada puede ser interpretada como rechazo o indiferencia.

La sala de espera debe tener una atmósfera agradable, con una decoración adecuada en la que se sientan a gusto, sin inhibiciones. Se procurará material de lectura disponible, de acuerdo a su edad y sus características. Esta sala debe estar separada de la de los adultos y de los niños.

La sala de entrevista o consulta debe ser agradable, sin interrupciones. El profesional debe sentarse a un lado del escritorio para quedar cerca del adolescente y facilitar la comunicación, así como escribir lo menos posible delante de este.

Recomendaciones para la entrevista con el adolescente:

- Inicie la entrevista identificándose en forma agradable. Explique quién es y qué hace.
- Pregúntele cómo quiere ser nombrado.
- Escúchelo atentamente, dejando salir sus problemas.

- Observe su lenguaje verbal y extraverbal. Haga las anotaciones mínimas, el estar escribiendo puede crear desconfianza y obstaculiza el desenvolvimiento de la entrevista.
- Establezca una buena relación, procúrele seguridad, acéptelo como es, asegúrele que mantendrá la privacidad y la integridad.
- Use el lenguaje que el adolescente entienda. Considere sus comentarios seriamente y hágale sentir que usted realmente lo considera una persona y no un niño o un “caso”.
- Recuerde que el adolescente frecuentemente se presentará con síntomas que no son representativos de su verdadero problema, estará poniendo a prueba cuán confiable y cuánto interés y preparación tiene el profesional.
- Evite proyectar los sentimientos de su propia adolescencia en el adolescente que está tratando.
- Evite asumir un rol parental sustituto. Trate de enfatizar en las características y habilidades positivas del adolescente, tenga claro que no es lo mismo que apoyar conductas inapropiadas.
- Algunos médicos no se sienten cómodos discutiendo sobre sexualidad, es mejor dejar este tema para el final, cuando la relación médico-paciente se haya fortalecido y exista confianza y comunicación.
- En cuanto al examen físico, debe explicar en qué consiste y conocer su aprobación para dejar reconocer su cuerpo, si se negara, no debe forzarse, persuadirlo o dejarlo para otra ocasión acordada. Debe hablársele durante su desarrollo y a medida que progresa se le deben hacer comentarios respecto a la normalidad que se detecta y animarlo a realizar preguntas para que se sienta partícipe de lo que se está haciendo. Se recomienda que esté presente una tercera persona, que puede ser la enfermera o un familiar, previo consentimiento del adolescente.

Relación médico-adulto

Una visión panorámica de la adultez en lo relativo a la interacción sujeto-medio, en estos días, permite comprender que durante esta etapa se manifiesta el clímax de las potencialidades biopsicosociales del sujeto y, al mismo tiempo, el máximo de exigencia social en lo relativo al nivel de esfuerzos requeridos para asegurar el ajuste familiar, laboral, profesional y social, en las restantes fases de la vida.

La adultez es la etapa de la definición del futuro y de ello es plenamente consciente el sujeto normal.

Durante esta etapa se manifiestan las características de la naturaleza humana en su máximo desarrollo y potencialidades y se consolidan todas las particularidades. Es en ella donde ocurre la estabilización de la vida sexual, la consolidación profesional y económica y la profundización de las relaciones interpersonales.

Como fruto de la plena conciencia de que se vive el clímax de las potencialidades biopsicosociales, la motivación por hacer el máximo esfuerzo por el desarrollo individual y colectivo alcanza importante relevancia y se desarrollan el espíritu de superación, la escala de valores, las capacidades intelectuales, el control emocional, la voluntad y las posibilidades críticas y autocríticas. Estos factores repercuten significativamente sobre cualquier gestión humana que, al mismo tiempo, se matiza por las características estructurales y superestructurales del medio sociocultural en el que el sujeto se desarrolla.

Durante esta etapa, la personalidad se delimita, dejando atrás los rasgos caricaturescos de la adolescencia y la juventud.

La salud mental depende, fundamentalmente, del ajuste familiar, laboral y social alcanzado, así como de la consecuente satisfacción personal ante estos éxitos que reflejan la superación del conflicto entre capacidades, exigencias y aspiraciones. La psicopatología se deriva, en esencia, de la frustración en estos aspectos, así como de contingencias significativas en el microgrupo familiar, laboral y social.

Los problemas de salud que pudieran aparecer en esta fase, cobran singular importancia para el adulto, que los puede percibir como obstáculos para su plena realización en todas las esferas de la vida, de ahí la necesidad de un manejo adecuado por el médico que respete su individualidad, explicando con claridad su diagnóstico y apoyándolo y orientándolo con precisión y riqueza en su pronóstico, tratamiento y cómo puede contribuir a su calidad de vida.

No es necesario profundizar en el manejo del adulto; el Capítulo 2 ha sido lo suficientemente explícito en lo que se refiere a las características del paciente que deben tenerse en cuenta y que son relevantes en la atención del adulto, por las peculiaridades propias de la etapa en que vive.

Por tanto, se hará referencia concretamente a las crisis que pueden aparecer y que son de gran interés para el médico, con el fin de detectarlas si están ocurriendo y ayudar a los pacientes a resolverlas.

El sujeto que está transitando por la crisis de la adultez tiene serios problemas emocionales, por sus estados de frustración y conflictos, los cuales repercuten en su salud. Es por ello, que la adultez, especialmente alrededor de los 40 años, se convierte en una etapa de riesgo para la salud.

Puede aparecer la toma de conciencia de la incompatibilidad entre los sueños y los objetivos vitales del hombre y la realidad de su existencia.

En edades más tempranas, los objetivos menos realistas parecen aún practicables. A los 40 años se hace particularmente claro que nunca se va a llegar a ser un profesional o un gran escritor. Esta importante toma de conciencia resulta un fenómeno bastante común en esta época y posiblemente ayude a comprender determinados problemas de salud del adulto y del adulto mayor. Es posible que estas grandes frustraciones de la vida adulta desempeñen un papel determinante en la etiología de muchas enfermedades, tanto las producidas directamente por la ansiedad y la depresión, como aquellas causadas por excesos en los que cae el sujeto para tratar de compensar la frustración (hipererotismo, alcoholismo, tabaquismo, droga y otros).

Esta crisis se caracteriza porque su origen está vinculado a la realización de los planes vitales, que de forma consciente o inconsciente, se había trazado la persona. Tal frustración vital produce efectos emocionales mucho más fuertes de lo que puede producir alguna frustración aislada y provoca múltiples reacciones fisiológicas que dañan al organismo (recordar lo tratado en el Capítulo 1 acerca de la relación soma-psíquica), así como alteraciones psíquicas.

Resulta importante destacar que, mientras que en el laboratorio el stress que se puede causar a un animal de experimentación dura mientras se mantiene el estímulo que lo produce y acaso un poco más, la frustración vital tiene carácter permanente; el individuo no solamente sufrió una o varias frustraciones, sino que se frustró y se convirtió en un frustrado, por lo que las experimenta de forma más o menos permanente.

Otro tipo de crisis de la edad adulta es la que se produce por el hecho de que la persona se traza planes vitales de poco alcance, que están por debajo de sus posibilidades reales. En este caso ocurre que, aproximadamente a los 40 años, ya ha logrado todo lo que deseaba y nada le provoca motivación. Esto también constituye una fuente de frustraciones y sufrimientos, fundamentalmente de carácter depresivo. Este caso es el opuesto al anterior, en el que se analizó que la persona se frustra por no poder lograr lo que aspiraba; aquí la fuente del problema consiste en haber aspirado a muy poco y al lograrlo, la vida pierde sentido.

Esto último es muy importante en la higiene psíquica del individuo, pues resulta que lo mejor no es tener pocas aspiraciones y “no coger lucha con nada”; lo realmente sabio y saludable es establecer amplias metas socialmente valiosas, que llenen de contenido a la personalidad y le den sentido a la vida en todas las edades, sin rehuir ninguna “lucha”, solo que esto hay que hacerlo tomando en cuenta las normas y valores de la sociedad, así como las posibilidades reales de uno mismo.

Relación médico-adulto mayor

La adultez mayor constituye la etapa de la vida en la que termina la adultez y se prolonga hasta la muerte.

En esta etapa disminuyen progresivamente las funciones mentales y físicas, así como la adaptación del individuo a los diferentes cambios. Se producen modificaciones fisiológicas, morfológicas, bioquímicas, sociales y psicológicas.

En la mujer, la pérdida de belleza y también en algunos hombres, puede provocar preocupaciones y actitudes inadecuadas en la pareja.

Los hijos llegan a ser adultos y los roles de padres adquieren menos importancia. La preocupación por el futuro, la familia, la vejez, la salud y la muerte, aumentan favoreciendo a la aparición de la depresión, del aislamiento.

Se presentan sentimientos de soledad, temor al porvenir para ellos incierto, desinterés por la vida ante la pérdida de familiares y amigos y aumento del egocentrismo.

El adulto mayor puede ir dejando de interesarse por la comida y el aseo personal. Se puede presentar tristeza, irritabilidad, desinterés, cansancio e impaciencia, así como sentimientos de rechazo porque piensa que la familia no lo quiere y no lo respeta suficientemente y que es un estorbo porque “ya no sirve para nada”.

Ahora bien, no se debe considerar la vejez como una enfermedad. Es cierto que existe deterioro, pero la adaptación o preparación para enfrentar la adultez mayor depende mucho de la personalidad desarrollada en etapas anteriores y de las condiciones de vida en que vive el individuo de esa etapa.

La adultez mayor puede constituir una etapa activa y motivadora, en la que el individuo se sienta útil, querido y respetado por sus familiares, amigos y la sociedad en que vive.

El médico y todo el personal de la salud tienen la responsabilidad de preocuparse y ocuparse de los adultos mayores, desde el punto de vista preventivo, terapéutico-rehabilitatorio y tratar de romper con la percepción de ellos y de la sociedad, especialmente sus familiares, de considerarlos deteriorados e inútiles. Para esto deberán desarrollar acciones encaminadas a utilizar y destacar las capacidades y potencialidades de ellos en el desempeño de funciones activas en la sociedad.

La política de salud que se debe seguir con respecto a esta edad, quedó fijada en la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Viena en 1982 y enriquecida y concretada en 1996, en la Carpeta Metodológica del Ministerio de Salud Pública de Cuba, donde se precisan acciones fundamentales como:

- Lograr la participación de los adultos mayores en los beneficios del desarrollo de la sociedad.
- Posibilitar que se mantenga su individualidad.
- Brindar la posibilidad de elegir sin imposiciones. Si su estado de salud lo permite, no se deben tomar decisiones sin que este sea consultado.
- Propiciar la interrelación de los adultos mayores entre ellos y con otras personas, en actividades colectivas, tareas donde se sientan útiles, en los círculos de abuelos y otras.
- Asistir sistemáticamente a los adultos mayores en sus hogares, sobre todo a los impedidos, ya que les brinda mayor satisfacción emocional. El médico y el personal de la salud deberán reforzar esta actividad y orientar, con tacto y sinceridad, a sus familiares para favorecer el estado de salud físico y mental de los mismos.

Es importante que el médico refuerce su relación con este tipo de paciente y especialmente si es hospitalizado, donde estará privado de sus costumbres y de su ambiente familiar, lo que equivale para muchos a la pérdida de su propia identidad.

En esta situación, deberá trabajar y orientar a los familiares en su cuidado y manejo, sobre todo si observa algún tipo de descuido, abandono, desinterés o rechazo.

Lo primero que debe valorar el médico ante un adulto mayor es que, independientemente de las características de la personalidad premórbida, del castigo sintomático que exhiba y de los signos físicos que se puedan recoger en un examen, se trata de un ser humano, que además del deterioro y la declinación que presenta en sus funciones biológicas, es portador de múltiples minusvalías relacionadas con sus incapacidades psíquicas crecientes y con una percepción de la cercanía a la muerte.

Envejecer no es estar enfermo, pero en la edad avanzada abundan las enfermedades, asimismo se pueden ver “ancianos” de 50 años y octogenarios fuertes como un roble, por lo que puede decirse que la edad cronológica carece de valor absoluto.

La adultez mayor es un período que exige esfuerzos adaptativos especiales sobre la base de los cambios que se experimentan. En el orden físico, la apariencia, el rostro, la fuerza muscular, la agilidad, la resistencia a la fatiga y la vitalidad, decrecen en esta fase de la vida.

Intelectualmente, es víctima de trastornos amnésicos, fundamentalmente para los procesos de retención y está limitado, tanto en el aprendizaje como en la concentración de la atención.

Afectivamente, son frecuentes los sentimientos de abandono y soledad reforzados por la pérdida frecuente de seres queridos y amigos, el temor de presenciar la muerte del cónyuge y la conciencia de estar viviendo el final de la propia existencia.

Aunque el interés sexual no se extingue, en algunos casos la pérdida de la función reproductiva puede mover a la mujer a cierto rechazo a la sexualidad y en el hombre, al temor de la disminución en su rendimiento, que puede afectar su orgullo viril y su autoestima. La reprobación social pone el estigma de la vergüenza a la sexualidad en esta edad. Prueba de ello es la incomodidad que muestra la mayoría de los médicos al tener que tratar este asunto con sus pacientes geriátricos, lo que exige de una mayor preparación del médico, por la ayuda necesaria que debe ofrecer al respecto.

Aunque la mayoría de los adultos mayores no refiera su miedo a morir y prefieran hablar del miedo al sufrimiento, en mayor o menor porcentaje, estas ideas están presentes. La enfermedad constituye, igualmente, un recurso inconsciente para solicitar ayuda y beneficiarse de la protección del médico, los familiares y los amigos.

La atención de los adultos mayores requiere de valorar:

- El hecho de que los adultos mayores recaban mucha dedicación, debe tenerse en cuenta la lentitud, la fatigabilidad, los fallos amnésicos y desarreglos sensoriales, que necesitan de paciencia y esfuerzo por parte del médico, a riesgo de tener que conformarse sólo con la apreciación de los signos externos.
- La utilidad de la visita domiciliaria, que permite evaluar sobre el terreno las influencias del ambiente.
- Los interrogatorios deben realizarse fundamentalmente en privado, para respetar su individualidad y evitar las intervenciones innecesarias de los familiares, por el prejuicio de que el paciente “no sabe explicar lo que le pasa, ni se expresa bien”.
- Tener siempre en cuenta, para facilitar una mejor relación médico-paciente, el enfoque de aspectos situacionales como jubilación, aislamiento social, soledad afectiva, limitaciones físicas, pérdida de autoestima, percepción de fatigabilidad y miedo a morir.
- Ser capaces, al realizar la entrevista, de interrumpir con tacto al narrador y llevarlo a la dirección conveniente para poseer la información adecuada.
- Hacer más énfasis en las posibilidades que aún conserva, que en lo que no puede hacer.
- Discutir la peligrosidad de una enfermedad y la gravedad del diagnóstico de modo realista, de acuerdo con la capacidad de comprensión y personalidad del paciente, ya que tener conciencia de la afección puede contribuir positivamente en su colaboración.
- Ser capaces de descifrar mensajes extraverbales y valorar que la enfermedad permite a ciertas personas de edad avanzada sustraerse del aislamiento afectivo, en quien aspiran a encontrar, además de un aliviador de síntomas, un oído receptivo a sus quejas y litigios.

- No deben utilizarse consejos superficiales como: “ponga de su parte”, “usted no tiene nada”, “usted se preocupa demasiado”, “olvídese de eso”, “no coja lucha”, “uno tiene que ser su propio psiquiatra” y otros; los que casi siempre son pronunciados con estridente petulancia, por los que nadan espléndidamente fuera del agua.

La experiencia cotidiana confirma que un intento de tranquilización demasiado rápido por parte del médico, carente de un fundamento sólido, resulta ineficaz, pues priva al enfermo del consuelo a que aspiraba y se siente decepcionado ante alguien que le repite cosas que seguramente ya había escuchado.

Mucho más útil, para ayudar a alguien que sufre, es escucharlo con atención y transmitirle solidaridad, sin identificarse con él, en lugar de tomar posiciones de autosuficiencia para restarle importancia a sus quejas.

Para finalizar, desde el punto de vista psicológico en materia de prevención primaria, ya que resulta imposible impedir el envejecimiento, se debe preparar al individuo, desde etapas más tempranas, para que sea capaz de asumir con dignidad y realismo las etapas finales de su existencia, ayudándolo a observar sus potencialidades y organización de su vida familiar y en general.

En cuanto a la rehabilitación, no se perderá de vista que un adulto mayor jamás podrá considerarse curado, ya que la vejez en sí, independientemente de no ser una enfermedad propiamente dicha, posee características que obligan a dedicar atención continuada y dispensarizada.

Y, fundamentalmente, no olvidarse de recomendarles llenar lo más posible, con actividades útiles, el tiempo ocioso, enfrentar tareas que lo hagan sentirse útil, consultado y oído, brindarle posibilidades de ampliar su mundo interior para que no se dedique sólo a pensar, después de una comida, qué le servirán en la próxima y recordar que la única diferencia sólida entre un hombre muerto y un hombre ocioso, es que el segundo ocupa más espacio.

Claro, esto no quiere decir que se le asigne la responsabilidad de los niños que tienen los padres; de los mandados, porque nadie gusta de estos trajines; que se le den tareas del hogar para que, cuando la familia regrese del trabajo, quede menos por hacer. Lo importante es que el adulto mayor ocupe su espacio, su propio espacio y que sus últimos años lo hagan sentirse satisfecho de lo vivido.

CAPÍTULO 4

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN DIFERENTES SITUACIONES DE SALUD

Después de haber tratado cuestiones generales acerca de la relación médico-paciente, sus características esenciales y manifestaciones en diferentes grupos de edades, es importante explicar aspectos particulares y fundamentales que se presentan, que es necesario tener en cuenta en las diversas situaciones de salud y que el médico debe conocer, para manejar a sus enfermos desde el punto de vista bioético. Por supuesto, en la salud se presentan múltiples situaciones y todas no pueden ser tratadas en este libro, pero se hará lo posible por exponer aquellas que ocurren con más frecuencia y que pueden resultar de mayor interés para el médico.

Realización de exámenes complementarios

En el Capítulo 1 se habló sobre la apreciación que tienen muchos médicos acerca de los exámenes complementarios; estos son importantes para corroborar o desechar una hipótesis inicial, es decir, el diagnóstico presuntivo. Complementario quiere decir “que se agrega”, que es un indicador más, pues como es sabido hay muchos muy necesarios y definitorios, pero hay otros, que con un buen examen físico y una buena entrevista, no son imprescindibles.

No es necesario repetir la actitud que debe mostrar el médico al indicar los exámenes complementarios, puesto que ya se hizo en el Capítulo 2, cuando se explicó el tema de la entrevista médica. Sí es preciso hacer referencia al papel que debe desempeñar el técnico al realizarlos.

Es conveniente recordar que cada examen que se indica, aunque no produzca dolor, provoca tensión, preocupación y hasta angustia en el paciente. Cada examen significa pedir una cita para efectuarlo, esperar hasta la fecha prevista, preparación para el mismo, que en ocasiones es molesta; esperar que lo realicen, a veces ser maltratado en este proceso; después, esperar por el resultado, buscarlo y asistir a la consulta del médico para saber qué resultó y que este determine el diagnóstico y el plan a seguir, que debe compartir con el enfermo, quien en última instancia, tomará sus propias decisiones.

En fin, es un proceso largo, a pesar de que por su frecuencia no sea percibido y hasta sea deseado, en momentos determinados, por la confianza que se tiene en sus resultados, pero indiscutiblemente es agresivo.

A continuación se ofrecen algunas recomendaciones para su manejo adecuado:

- Todo examen complementario tiene 3 momentos: espera, realización y despedida.
- En la espera, hay que preparar condiciones para que ésta no sea angustiante, sobre todo si la prueba es dolorosa o riesgosa. Entre esas condiciones se pueden mencionar: ventilación, iluminación, asientos suficientes, revistas y periódicos, también se pueden preparar plegables para leer y materiales que instruyan al paciente y sus familiares acerca de determinados problemas de salud (biblioterapia).
- Existen exámenes que, por sus características, necesitan de privacidad, como el espermograma y otros de tranquilidad y autorización previa, como la arteriografía.
- El espermograma es una prueba difícil para los hombres, por las características propias del examen y de la idiosincrasia y educación machistas. El salón de espera precisa de estar alejado del bullicio y de otros salones. Se debe explicar en qué consiste la prueba, de forma individual y detallada, con naturalidad y amabilidad. La enfermera o el técnico se acercará al paciente y no lo llamará en voz alta. Debe haber un local con privacidad, con silencio, que propicie la concentración y disminuya la tensión; que además permita la participación de su pareja si lo desea. Se le explicará al paciente dónde dejará la muestra una vez que termine. Los turnos se darán espaciados, en diferentes horarios, para evitar encuentros indeseados con otras personas o conocidos. Se ha expuesto este ejemplo, ya que pudiera servir de ilustración para cualquier otro complementario de similar característica.
- En las pruebas de riesgos, debe existir un documento firmado por el paciente, donde quede constancia de su consentimiento informado para realizarla; si éste no está en condiciones de hacerlo, son sus familiares quienes lo firmarán.
- En la espera de su turno hay que observar a los pacientes para priorizar, si los casos lo requieren, los que están ingresados, los que están adoloridos, los que viven fuera de la localidad y otros, siempre con el consentimiento del resto de los pacientes.
- Se atenderá un enfermo cada vez, para respetar su individualidad, brindándole privacidad. Cuando entre, se le debe saludar, preguntarle cómo está y de acuerdo con el tipo de prueba, si es hipertenso, asmático u otro problema de salud que se debiera considerar para decidir si se realiza y saber cómo manejarlo.

- Antes de comenzar a realizar el examen, establecer con él una comunicación agradable, que provoque su confianza y disminuya su tensión. Para ello, puede preguntarle si conoce lo que se le hará, si tiene experiencia al respecto. Si es una prueba dolorosa o molesta, no se le debe engañar diciéndole lo contrario. Es necesario decirle la verdad y enfatizar en que todo saldrá bien y con mayor rapidez, en dependencia de su colaboración.
- Se debe explicar cada paso que realizará y en la medida que se efectúe, ofrecerle apoyo y elogiar su cooperación.
- No se debe comparar con otros sujetos. La experiencia de cada individuo es muy particular. Cada persona expresa sus estados afectivos de forma diferente. Sobre todo, se debe tener mucho cuidado al respecto con los niños, pues se pueden sentir engañados si se les dijo, por ejemplo: “ves, ese niño no llora, no le duele, se porta mejor que tú”.
- En la despedida, preguntar cómo se sintió, explicar qué debe hacer después del examen; si se le debe repetir, explicarle su proceder; decirle dónde recoger los resultados y su fecha o si estará archivado en su historia clínica hasta que el médico lo atienda en consulta.
- Cuando todo termine y ofrezca las orientaciones pertinentes, debe despedir al enfermo con naturalidad y amabilidad. Elogiar su colaboración.
- Aceptar a los pacientes como son. Si cometen errores es porque han recibido pobre o ninguna información, están tensos, tienen poca experiencia al respecto, tienen bajo nivel de escolaridad y otras causas. Al contrario, estos sujetos necesitan de más paciencia, apoyo y comprensión, entonces, es preciso enseñarlos y guiarlos.
- Se debe cuidar el lenguaje verbal y extraverbal, para no aumentar las expectativas y las tensiones.
- No hablar de otros compañeros de trabajo, ni de otros pacientes en su presencia. La ética profesional siempre debe estar presente.

Relación médico-paciente con enfermedad no transmisible

Es importante inculcar, como educador de la salud, que la vida sea considerada más bien como un fin que como un medio; que vivir más tiempo sea valorado como más sano, que la satisfacción de deseos o el cumplimiento de propósitos pueden hacer daño.

Además, se deben enseñar al enfermo las estrategias necesarias para cambiar su conducta respecto a su salud, en función de los valores que elija libremente, puesto que este constituye una individualidad. La labor del médico es de persuasión.

Debe tenerse mucho cuidado con un excesivo énfasis en el autocontrol comportamental, ya que podría crearse en el paciente un desadaptivo sentimiento de impotencia; del mismo modo, la renuncia al autocontrol podría hundirle en la indefensión y desvalimiento más desesperados.

Esta es la importancia que, para conservar y recuperar salud, tiene el hecho de que la persona tome sus propias decisiones respecto a lo que debe hacer con ella y con su vida.

En todos los pacientes es muy importante establecer un diálogo comunicativo que les permita conocer, comprender y comportarse ante su enfermedad, pero lo es más en aquellos pacientes que deben aprender a vivir con sus problemas de salud. El médico debe propiciar y orientar su participación activa, teniendo en cuenta sus criterios. En la relación participativa, el paciente entrega más información y no oculta datos, lo que facilita el diagnóstico y el tratamiento. A su vez, mientras mejor conoce el médico a su paciente, más apropiadas serán las sugerencias terapéuticas, en la medida en que más fielmente coincidan con el estilo de vida del paciente y éste aceptará mejor sus limitaciones.

Las enfermedades no transmisibles tienen dos momentos esenciales: períodos intercrisis y períodos de crisis.

El médico conocerá cómo se comportan estos momentos en cada paciente, porque asiste enfermos, no enfermedades. Con este conocimiento preparará al paciente y a su familia en lo referente a en qué consiste el padecimiento, sus causas y cómo enfrentar cada período, lo que asegurará modificaciones en su estilo de vida que redunden en su calidad y que disminuyan la frecuencia e intensidad de las crisis e incluso, puedan controlarse.

En los períodos intercrisis, el enfermo deberá llevar una vida normal, con determinadas limitaciones que eviten los factores desencadenantes, que de acuerdo con el tipo de problema podrán ser de control ambiental, de la alimentación, de la actividad física, de la eliminación de hábitos tóxicos y otros.

Es importante el poder de persuasión que tenga el médico para convencerlo de que se puede ser feliz con esas limitaciones, compensándolas con otras acciones más beneficiosas para su salud. Por supuesto, esto deberá realizarlo con tacto, sin contradicciones, paulatinamente y adecuándose a las características de la personalidad del enfermo, lo que favorecerá su toma de decisión, su ejecución y mantenimiento sin retrocesos.

El médico evitará asumir actitudes de juez y de rechazo que sólo menoscabarán la autoestima y lo alejarán del tratamiento correcto. Aceptarlo como es, se convertirá en premisa imprescindible. Se le hará comprender que su actuación podría ser porque no conocía su enfermedad

y cómo enfrentarla y con los nuevos conocimientos podrá, poco a poco, ponerlos en práctica y que con seguridad lo logrará.

En este tipo de paciente, la persuasión, la sugestión y el apoyo, desempeñan un papel importantísimo.

Entre los factores desencadenantes, será preciso indagar y manejar los estados emocionales. Las frustraciones y conflictos familiares, escolares, laborales y sociales, generan tensiones que el médico deberá tener en cuenta para que, con su ayuda o la de otro especialista, se puedan eliminar y no influyan en la intensidad de la enfermedad.

Con mucho tacto, el médico valorará cuáles son los factores que en cada paciente influyen como desencadenantes, para ayudarlo a controlarlos.

Al orientar el comportamiento que se seguirá en períodos de crisis, el médico evitará que surjan sentimientos de culpabilidad por la aparición de las mismas, le hará comprender que las crisis son las manifestaciones de su enfermedad y que como ser humano, no siempre le es posible obviar condiciones sociales, agentes agresores y resistir limitaciones. Lo importante es que valore y asimile que esta preparación para los cambios en su vida es paulatina y que lo logrará.

En las crisis y de acuerdo con el tipo de enfermedad, hay conductas precisas que el médico orientará, según las características del paciente y sus condiciones de vida.

En estos momentos, mantener la serenidad, al igual que sus familiares, favorecerá la eliminación de la crisis, así como seguir la prescripción facultativa. El autocontrol es importante y saber cuándo podrá comenzar para tratar de eliminarla o disminuir su intensidad.

El médico, para ofrecer todas estas recomendaciones, deberá tener en cuenta la forma en que el paciente percibe su enfermedad y los criterios subjetivos que tiene de la misma (cuadro interno de la enfermedad, en el Capítulo 2). Los factores que intervienen en ello son:

Carácter de la enfermedad. El médico le enseñará a percibirla adecuadamente, es decir, que puede provocarle determinadas limitaciones, pero aprendiendo a vivir con ella, su bienestar y calidad de vida mejorarán, que su afección no lo hace inferior o inútil.

Al respecto, el médico deberá valorar y reorientar, si lo daña, la relación que establece con su problema. Hay pacientes que la subvaloran y le restan importancia, limitando el cumplimiento de las orientaciones, porque la salud está subordinada a otros motivos más significativos para ellos.

Hay pacientes que establecen con la enfermedad una relación nosofóbica o sobrevalorada, percibiéndola más fuerte que ellos y no se sienten capaces de enfrentarla y dominarla. Esto provoca tensión y se convierte en factor desencadenante de las crisis.

Otros, utilizan la enfermedad para obtener ganancias secundarias: obtener cariño, atención, no asistir a la escuela, no asistir al trabajo, evadir responsabilidades, etc.

Y otros la niegan, por los inconvenientes que ella les reporta o porque no quieren aceptar que están enfermos.

Circunstancias que rodean la enfermedad. La relación del médico será en dependencia de cómo percibe las consecuencias de la enfermedad, de los medicamentos que deberá adquirir, si está hospitalizado, si tiene acompañante, cómo son sus familiares ante su estado de salud y otras.

Características de la personalidad del paciente. Para recibirlo, preguntarle, orientarle y enseñarle, es preciso aceptarlo como es, tener en cuenta sus rasgos de carácter, temperamento, capacidades, intereses, aspiraciones, puntos de vista y autovaloración. La imagen que tiene de sí mismo, cómo se autovalora, es importante su nivel de tolerancia a las frustraciones y la forma que enfrenta su enfermedad y su vida. El médico fortalecerá su autoestima.

Condiciones sociales. En la manera en que percibe sus condiciones sociales, el médico deberá manejarlo y apoyarlo para evitar los problemas que pueden agudizar sus crisis: condiciones económicas, estado civil, condiciones de vivienda, condiciones laborales y satisfacción con ellas. Si tiene hijos, sus edades y preocupaciones que pueden reportarle. Todo esto influye en su salud y a su vez, son factores que generan conflictos y limitaciones.

Relación médico-paciente con enfermedad transmisible

La prevención de una enfermedad es siempre más eficaz y más económica que su tratamiento.

Con todos los pacientes, el médico deberá saber oír, comprender y enseñar, pues en las enfermedades transmisibles, la actitud de juez y la petulancia del médico, perturban seriamente la relación médico-paciente. El médico existe para ayudar al enfermo, no para juzgar sus conductas.

Todo paciente es, en mayor o menor grado, un ser angustiado por su enfermedad y su pronóstico, pero además puede tener sentimientos de culpabilidad acerca de cómo la adquirió e incluso, a quiénes contagió o puede contagiar.

El médico será prudente en lo que dice y cómo lo dice, tener control sobre sus expresiones faciales y corporales: nunca expresar asombro o alarma ante un síntoma o situación que relata el enfermo, ante un hallazgo grave en el interrogatorio, en examen físico o en complementarios; ni

tampoco reprochar, escandalizarse por una confidencia poco decorosa para el enfermo, sobre todo si se trata de enfermedades de transmisión sexual, donde tendrá más tacto y habilidad, para incluso conocer las otras personas con quien se ha relacionado y poder ayudarlos.

Al respecto, el médico logrará especial cuidado al tratar enfermedades transmisibles en los niños, por mencionar las más frecuentes, las diarreicas y las respiratorias, ya que las madres sienten doble preocupación por el estado de salud de su hijo y la responsabilidad ante el mismo. Esto no puede incrementarse, el manejo deberá llevar una rica información y posible demostración, aliviándola al decirle que cuando conozca más, sabrá cómo comportarse y su niño u otro familiar a su cuidado mejorarán.

En lo que respecta a enfermedades transmisibles, la promoción de salud es imprescindible; el médico de la familia desempeña un papel fundamental en ello, realizando una labor sistemática con su población en cuanto a la higiene personal, de los objetos, de los alimentos, el uso de los utensilios personales, la cocción de los alimentos, hervir el agua y la leche, la forma de controlar los desechos, las aguas contaminadas, la conservación de los alimentos, la distribución de la dieta alimenticia, el uso de los ejercicios y otros.

Este trabajo se ejecutará con tacto, paciencia y mucho respeto a la individualidad personal, de la familia y la comunidad.

Para lograrlo, el médico y la enfermera deberán ganarse el prestigio y la confianza de las personas que asisten, si no podrán parecer impertinentes e indiscretos.

En presencia de estas enfermedades, el médico valorará los mecanismos de defensa que pueda utilizar el paciente, pues el hecho de saber que tiene un problema de salud adquirido por contagio, donde la higiene es fundamental, puede privarlo de obtener información oportuna y adecuada, o evadir la búsqueda de ayuda para que el médico no lo perciba mal.

Por supuesto, la atención de estas enfermedades no es sólo responsabilidad del médico o de la familia; otros especialistas también lo hacen y son muchas las personas que ingresan por tal motivo.

Todos deben tener tacto en el manejo, interrogatorio y orientación de la conducta que se debe seguir.

En ocasiones, con pacientes ingresados, se requiere a su familiares cuando incurren en costumbres que afectan la salud del enfermo o la de los demás. Cuidado, todas las personas no tienen el mismo nivel intelectual, de conocimientos, ni el mismo estilo de vida; el papel del médico es enseñar y deberá hacerlo a solas, en un lugar con privacidad, sin juzgar, culpar, ni humillar al paciente o al familiar.

Relación médico-paciente en la educación de su sexualidad

Aunque la sexualidad es algo que interesa a todos, a veces resulta un tanto difícil referirse a ella. Una de las razones es porque este siempre ha sido un tema tabú, lo que ha conllevado a que muchas personas piensen en la sexualidad como algo sucio y feo, relativo solamente a los genitales; una cuestión solo para hombres y adultos casados o para tener hijos. Por tal motivo, a pesar de lo mucho que ha avanzado la sociedad y los esfuerzos realizados en este sentido, aún se conoce poco de la sexualidad y con frecuencia, en hogares y hasta los médicos, evaden hablar de este tema.

Es por ello que los médicos, especialmente los de atención primaria y el personal paramédico, deben prepararse para realizar un trabajo orientador y profiláctico que vaya encaminado a lograr una sexualidad plena en la población. A continuación se analizan algunos aspectos que puedan contribuir a este trabajo.

¿Qué es el sexo? ¿Qué es la sexualidad? ¿Cuándo aparece la sexualidad?

Desde que se nace, se es sexuado. La sexualidad no es algo que se puede quitar o poner. El cuerpo es, todo él, sexuado.

El sexo comprende las características biológicas que definen a los seres humanos en dos grupos: masculino y femenino.

El niño y la niña sienten curiosidad por todas las cosas que tienen cerca, una de ellas es su propio cuerpo. Se tocarán para conocerse y porque les produce sensaciones de placer; observarán el cuerpo de los demás y harán preguntas acerca de él.

Es muy importante responder con naturalidad y veracidad a sus preguntas y permitirles que se toquen, que se miren, pues así se les ayuda a que desarrollen, de forma adecuada, su sexualidad.

A partir de los 7 u 8 años y hasta la adolescencia, los niños dejan de hacer preguntas sobre estos temas y se cree que ya no les interesa. Lo que sucede realmente es que se van percatando de que con los adultos no se puede hablar al respecto.

En la adolescencia, el organismo madura sexualmente y hay una serie de cambios generales que diferencian los sexos en su totalidad. Estos cambios van a ser rápidos y muchas veces, producen confusión.

A partir de este momento, sentirán necesidades específicamente sexuales (viven la sexualidad “a flor de piel”) o relacionándose con otras personas (caricias, besos, abrazos, coito). La relación sexual debe ser deseada por ambos y darse en un clima de igualdad, afinidad y placer.

La sexualidad comprende las características biológicas, psicológicas y sociales, que permiten el adecuado bienestar como hombre o como mujer. Es todo un mundo de posibilidades; conocerlas y vivirlas libre y responsablemente, es necesario y saludable para el equilibrio como persona.

La relación sexual no se reduce solamente al coito (penetración del pene en la vagina). Los besos, las caricias, los abrazos, las palabras tiernas y comprensivas, también forman parte de la relación sexual y son tan importantes y satisfactorias como puede ser el coito. Por supuesto, también son muy necesarios una vez terminado éste.

La reproducción es una de las muchas posibilidades que ofrece la sexualidad. Sin embargo, es necesario distinguir una de otra: saber qué se quiere y en qué momento se puede hacer. Qué desea y cuándo, eso lo debe decidir cada persona.

¿Desaparece la sexualidad con la edad?

La vida sexual no termina nunca, porque se continúa siendo sexuado durante toda la vida.

En la adultez mayor se suele dar más importancia al afecto, a la ternura, a la comunicación, al contacto piel con piel y a las caricias. En algunas personas, las relaciones coitales siguen teniendo gran importancia e incluso, suelen enamorarse otra vez y tener grandes deseos de mantener o reencontrar a la pareja sexual. Esto tiene mucho que ver con la forma en que se ha desarrollado la sexualidad en las etapas anteriores.

La respuesta sexual humana (RSH) es la respuesta integral del organismo a un estímulo sexual efectivo que engloba cambios fisiológicos genitales y extragenitales. Es una reacción en la que se involucran emociones, pensamientos y experiencias anteriores.

El estímulo debe ser afectivo, pues no todos los estímulos provocan las mismas respuestas en todas las personas ni circunstancias. Es más, hasta se podría hablar de que algunos estímulos son más efectivos de acuerdo con los sexos (los hombres reaccionan más frecuentemente con estímulos visuales y las mujeres con los táctiles).

Existen factores biológicos, psicológicos y sociales que inciden en la RSH: la edad, el estado de salud, características de personalidad, relación que se tiene con la pareja, ambiente donde se lleva a cabo y otros, pueden influir notablemente en el desempeño sexual de los participantes.

La RSH siempre ha sido motivo de interés y estudio, pero no fue hasta 1966, cuando William Masters y Virginia Johnson le dieron carácter científico a estas investigaciones. Ellos esquematizaron todos los ajustes fisiológicos del organismo, de acuerdo con las diferentes fases por las que atraviesa un ser humano durante el ciclo de la respuesta al estímulo sexual efectivo.

El esquema original de Masters y Johnson comprende la fase de excitación, meseta, orgasmo y resolución.

Posteriormente, el grupo de colaboradores de la doctora Helen Singer Kaplan modificó este esquema, añadiendo una fase previa (la del deseo) a las etapas propuestas por ellos e incluyendo la fase de meseta dentro de la etapa de excitación y la de resolución dentro del orgasmo.

En la fase del deseo, los cambios más importantes pueden ubicarse en el cerebro, pues ello da lugar a modificaciones en el estado de ánimo de la persona, que empieza a interesarse por la actividad sexual y a buscar o a estar receptivo a esta experiencia.

En la fase de excitación, el hombre tiene la erección del pene y la mujer la lubricación vaginal. El corazón aumenta su frecuencia y se acelera la circulación sanguínea. Aumentan las cifras de tensión arterial. Por la vasocongestión superficial, aparece el rubor sexual en ciertas áreas de la piel y se produce la erección de los pezones, tanto en el hombre como en la mujer; además, ocurren contracciones musculares involuntarias que hacen que la tensión sexual aumente.

En la mujer, los cambios que ocurren en los genitales externos son: la erección del clítoris, el engrosamiento y el aplanamiento de los labios mayores y menores y el cambio de color de claro a oscuro. Hacia el final de esta fase, el clítoris se retrae, se abre el orificio externo del cérvix uterino, se vasodilata el tercio externo en la vagina y los genitales adquieren una coloración intensa.

En el hombre, los testículos aumentan de tamaño, están sobre su eje y se acercan al cuerpo, puesto que se contrae el escroto y las glándulas bulbo-uretrales secretan unas gotas de líquido, con el propósito de limpiar la uretra.

La excitación se presenta más rápido en el hombre que en la mujer, por lo que ella requiere mayor tiempo de estimulación erótica.

En la fase del orgasmo, el hecho más importante es de tipo muscular. Ocurren fuertes contracciones involuntarias. Las frecuencias cardíacas y respiratorias alcanzan el máximo, lo mismo que el rubor sexual y la sudoración. En el hombre, se producen contracciones musculares de fibra lisa: el epidídimo, las vesículas seminales, la próstata y los conductos deferentes, que son los responsables de que el líquido seminal sea eyaculado a la parte posterior de la uretra. Esta emisión no causa placer, pero es seguida por contracciones rítmicas, con frecuencias de décimas de segundo, de los músculos estriados de la base del pene y que al expulsar el semen al exterior sí se acompañan de sensaciones placenteras típicas.

En la mujer no hay emisión, pero también se producen contracciones musculares, tanto uterinas como vaginales, similares a la última parte del orgasmo masculino.

La sensación orgásmica en una misma persona puede variar de intensidad según las circunstancias y puede presentarse sin estimulación genital, durante sueños y fantasías.

Al finalizar el orgasmo, se inicia la resolución de los cambios fisiológicos que empezaron en la fase del deseo.

Es importante conocer cómo se desarrolla la RSH, pues se pueden transmitir a la población los elementos educativos necesarios, prevenir las disfunciones sexuales y facilitar la mayor comprensión y comunicación entre las parejas, y por tanto, un mayor disfrute sexual.

Mas para ello, el orientador sexual debe tener en cuenta los tabúes, las reservas que aún tiene la población al respecto, lo que le hará tener en cuenta ciertas precauciones como: lograr que las personas a las que se les va a enseñar, lo deseen; buscar un local adecuado, con privacidad, ventilación e iluminación, que favorezca la realización de la actividad; el terapeuta estará preparado y convencido de lo que expondrá, para que pueda hacerlo desinhibido, con soltura, precisión, claridad y veracidad. Utilizará un vocabulario comprensible y hacer las aclaraciones pertinentes; evitará jaranas que puedan menoscabar la autoridad del terapeuta y su comunicación.

Cuando se imparta a los jóvenes, no es necesario entrar en demasiados detalles anatomofisiológicos. En cambio, es muy importante hablar de una relación sexual interpersonal, más que genital; es básico hablar de los comportamientos de respeto mutuo, consideración, sinceridad, afecto, responsabilidad, para que sea una relación significativa y no meramente biológica y con consecuencias negativas.

Se enfatizará en que el buen funcionamiento sexual tiene mucho que ver con las emociones, los sentimientos, los pensamientos, los temores y otros. El organismo no es la única gratificación que brinda una relación, también son muy satisfactorios los factores afectivos y de comunicación entre la pareja. Se pueden organizar con ellos grupos de discusión acerca de las relaciones premaritales, del embarazo, del aborto y de otros tópicos relacionados con la RSH.

Cabe preguntarse cuál sería la situación de las personas si, desde pequeños, los padres, los maestros, los médicos y los adultos responsables de su educación y formación, empezaran a formar cimientos más sólidos en los que pudieran sostenerse mejor cuando llegaran a la edad de tomar decisiones importantes en su vida.

Si en vez de decirles “no” a todo lo referente al sexo, se les dijera que éste, por sí mismo, no es malo ni bueno, sino que su valor radica en cómo se manifieste (responsablemente, con ternura, amor, entrega o fría e irresponsablemente, sin involucrarse ni relacionarse).

Si se les dieran todos aquellos conocimientos relacionados con la sexualidad, dentro de un marco adecuado de valores, que les permita tomar decisiones de una manera personal, racional y sensata, sin perjudicar a nadie, ni a sí mismos: ¿no sería ésta una mejor plataforma en la que pudieran apoyarse para poder tomar decisiones?, ¿no buscarían la oportunidad de comentar, preguntar sus miedos, dudas y fantasías?, ¿no se lograría que se sintieran más responsables respecto a su vida y a la de la familia que piensan formar en el futuro o que ya tienen formada?

Se entiende que es una tarea difícil para los padres, para otros adultos y hasta para el propio médico, pues implica un enfrentamiento a muchas normas preestablecidas y prejuicios, de los que tendrán que considerar su valor y funcionalidad.

El médico tendrá que enfrentarlo, sincera y abiertamente, a su propia sexualidad y a un mundo real y muy diferente al de sus padres y abuelos.

Iniciar el diálogo con adolescentes y adultos requiere de mayor estudio sobre el tema de la sexualidad, de mayor sinceridad y naturalidad, de mayor respeto, de una mente abierta y de valores muy claros. Es por ello que en este acápite se han tratado de introducir aspectos concernientes a la misma.

Las diferentes posturas de la teoría del desarrollo psicosexual coinciden en que, tanto las influencias inherentes a su equipo biológico, como las psicológicas y las externas del medio ambiente que lo rodean, van encauzando y moldeando la sexualidad del individuo y el resultado de todo ello es una serie de conceptos, actitudes y conductas sexuales que, formadas desde su vida infantil, modelan las manifestaciones de la sexualidad en la adolescencia, la adultez y la adultez mayor.

El proceso de la educación de la sexualidad puede darse de modo informal y formal. La manera informal, es el proceso por el que se enseña y aprende del sexo y la sexualidad, sin que éste sea planeado en forma consciente, por ejemplo: la información que se deriva de las actitudes diarias y del hecho de cómo los adultos ven y viven la propia sexualidad y la de los que los rodean.

En ella, el médico debe hacer un trabajo de promoción de salud con los padres para que aprendan y comprendan la sexualidad humana y transmitan ejemplos adecuados a sus hijos, así como que la perciban como parte de la vida, sin prejuicios y con valores correctos.

La manera formal es la que se planifica en los procesos de aprendizaje, directa e indirectamente (clases, charlas, conferencias, libros, películas con información sexual dirigida y sistematizada).

El médico desempeña aquí un papel importante, sobre todo al laborar en un centro de educación, debe estar al tanto de que así ocurra, debe prestar ayuda para que se dirija adecuadamente, que se maneje con veracidad y naturalidad.

Los canales de socialización en sexualidad son: la familia, la escuela, los grupos de amigos, la religión, los medios de difusión masiva de la información y la legislación.

Lo anteriormente expuesto lleva a reflexionar sobre la necesidad de una educación de la sexualidad en toda la sociedad y en el hecho de que no es posible ya negar que constantemente está presente. Ella exige y, por lo mismo, más vale analizarla, planearla y sistematizarla.

El objetivo de la educación de la sexualidad en los niños y los jóvenes es, hoy día, el de construir bases firmes para que el individuo pueda funcionar eficazmente, a lo largo de su vida, como hombre o como mujer. El médico desempeña un papel importante en ello al ser un agente imprescindible en la promoción y la prevención de salud.

Es necesario diferenciar las acciones educativas de la sexualidad, de las de tratamiento. Las primeras son de tipo preventivas y las segundas, son curativas y rehabilitatorias.

La preparación del profesional que se dedica a una o a otra, es diferente y varía en contenido y profundidad. Para orientar los aspectos sexuales y reproductivos de la educación de la sexualidad, se requiere conocer de las técnicas de dicha educación y para hacer consejería y terapia, se necesita conocer las técnicas psicoterapéuticas específicas.

Hablando de sexualidad no basta con tener la mejor de las intenciones, es necesario poseer la mejor preparación, pues se está influyendo en un aspecto básico de la personalidad: su sexualidad.

Es obligación de todo profesional que se jacte de serlo, el prepararse profundamente, actualizarse constantemente y saber poner límites a su campo de acción, refiriendo todos aquellos casos que no se encuentran dentro de su competencia; es decir, cuando el médico detecta que el paciente tiene una disfunción sexual que no está preparado para atender, debe, con mucho tacto, no continuar profundizando en el problema y explicarle que va a ser remitido por las ventajas que le ofrece la atención de un equipo multidisciplinario preparado para ello.

Características fundamentales que debe poseer el profesional de la salud como orientador sexual:

- Poseer un genuino y sincero interés por los seres humanos.
- Aceptar la propia sexualidad y la de otras personas.
- Poseer gran discreción.
- Gustarle este aspecto de la educación.
- Conocer bien los objetivos actuales de la educación de la sexualidad.
- Tener conocimientos claros de psicología infantil, adolescente y adulta; de sexualidad, de higiene, de anatomía y de fisiología sexuales.
- Ser una persona con metas propias, valores definidos y actualizados.
- Saber proporcionar información imparcial con afecto y respetando siempre la personalidad de sus oyentes.

- Inspirar respeto, franqueza y libertad de expresión. Saber escuchar.
- Dar respuestas sinceras.
- Saber imponer una disciplina positiva.
- Guiar charlas, dinámicas grupales y otras, sin tratar de imponer sus puntos de vista.
- Poseer una actitud profesional que proteja al sujeto de cualquier forma de explotación.
- Saber estrechar los lazos de unión entre la institución y la comunidad.
- Conocer y respetar los valores fundamentales que soportan la estructura docente de la educación de la sexualidad. Poseer un reconocimiento a la verdad, a la autoestima, al esfuerzo cooperativo, a la igualdad y a la individualidad del hombre.
- Hablar con términos científicos apropiados, comprensibles y conocer los que son de uso común en los jóvenes.
- Estar consciente de que su ejemplo, la evidencia de los hechos, la información, el entendimiento de los motivos y de las reacciones, el afecto y el respeto, constituyen una enseñanza más efectiva que la simple palabra.
- Procurar firmemente liberarse de prejuicios, inhibiciones o conflictos, que puedan reflejarse en sus actitudes o en sus conversaciones con los demás.
- Estar al día en la bibliografía actualizada, nuevos descubrimientos y otros.
- Saber utilizar las técnicas afectivo-participativas en la educación de la sexualidad.
- Poseer la habilidad de reconocer los casos que requieren ayuda profesional, más allá de su competencia como orientador sexual.

Debido a ello, debe siempre considerarse en cualquier acción que se planee con adolescentes y jóvenes, en relación con el campo de la sexualidad, el incluir a los padres y a los maestros, con ellos o en forma paralela, como mejor se estime. De esta forma, se logrará congruencia en la información que el joven reciba y se obtendrá de ellos su apoyo en vez de su rechazo.

Es necesario insistir en el hecho de que cuando el médico se enfrenta a sujetos que no está a su alcance orientar y tratar, no debe seguir profundizando al respecto, puesto que al final nada podrá hacer y el paciente puede pensar que quiere enterarse de sus problemas más íntimos para luego no ayudarlo.

A continuación, se mencionan las principales disfunciones sexuales, a fin de que el médico las pueda identificar con rapidez y sepa manejar al paciente con la ética requerida.

Teniendo en cuenta el sexo y la fase de la respuesta sexual humana afectada, las disfunciones sexuales más frecuentes son:

En la mujer:

- Fase del deseo _____ Deseo sexual inhibido, aversión.
- Fase de excitación _____ Disfunción lubricativa, dispareunia, vaginismo.
- Fase del orgasmo _____ Anorgasmia.

En el hombre:

- Fase del deseo _____ Deseo sexual inhibido, aversión.
- Fase de excitación _____ Disfunción eréctil, dispareunia.
- Fase del orgasmo _____ Eyaculación precoz, incompetencia eyaculatoria.

La respuesta sexual humana puede tener alteraciones y no presentarse de la manera esperada. Cuando aparece una falla persistente en alguna o todas las fases y causa molestia a la persona o a su pareja, se está frente a una disfunción sexual.

Se aclara que es necesario ser persistente, pues una falla ocasional siempre debe ser esperada como “normal” o natural y de ninguna forma puede considerarse una disfunción. Esto es muy importante a tener en cuenta por el médico para aliviar de preocupaciones a su paciente y si está preparado, disponerse a realizar una adecuada orientación sexual.

Para finalizar, el médico debe conocer que las disfunciones sexuales pueden ser clasificadas como primarias o secundarias, selectivas o generalizadas.

Las primeras se refieren a los casos en los que la persona jamás ha sido capaz de realizar correctamente el coito y las secundarias, cuando la persona ya ha sido capaz de realizarlo en forma adecuada, aunque sea por una vez.

Las selectivas se refieren a los casos en los que la persona falla en ciertas circunstancias, pero en otras funciona normalmente, y las generalizadas, cuando no funciona en ninguna circunstancia.

Relación médico-mujer en período de gestación, parto, posparto y lactancia

La mujer desempeña, indudablemente, un papel mucho más significativo que el hombre en lo relativo a las funciones reproductivas

pues, después del coito fecundante, es la responsable directa del desarrollo del huevo hasta el nacimiento y la propia lactancia del nuevo ser. Esta notable diferencia biológica, junto al total desconocimiento de la fisiología del embarazo, determinó que durante milenios la gestante fuese víctima de infinidad de apreciaciones mágicas y místicas, mediante concepciones oscurantistas que en diferentes latitudes y medios socioeconómicos, llenan de temores a millones de mujeres para quienes el desarrollo cultural ha estado vedado por diferentes razones. Por suerte, el trabajo continuado en la promoción y prevención en este, ha cambiado esa panorámica de forma notable por el interés que dedica la salud pública a las gestantes, aunque todavía no resuelta como se necesita y desea.

Las características fisiológicas, sociales y psicológicas especiales que surgen en las embarazadas a partir de su nuevo estado, hace enfatizar en cada uno de ellos para poder comprender mejor cómo el médico debe relacionarse con este tipo de paciente, comprenderla y enseñarla.

La atención médica prenatal es un método óptimo para asegurar la salud de la madre y del niño que está por nacer. Las consultas prenatales permiten al médico descubrir y tratar cualquier enfermedad materna u otro problema que pudiera presentar la madre, de índole psicológica y/o social, que pueda influir en el sano desarrollo del feto.

Una de las etapas de mayor importancia en el embarazo corresponde al primer trimestre, puesto que en esta etapa se efectúa la embriogénesis y la organogénesis. En la primera consulta al médico, debe realizarse una historia clínica completa desde el punto de vista psicológico, biológico y social, que recoja antecedentes patológicos familiares y personales.

El médico, durante las consultas siguientes enfatizará en algunas indicaciones:

- Dieta: debe ser balanceada, según las características y recursos de cada persona y se aconseja que la preparación de los alimentos sea sencilla, higiénica, con poco condimento y grasa para evitar compromisos digestivos.
- Higiene: mantener la limpieza es imprescindible. Se debe recomendar un examen odontológico, que use la ropa suelta, cómoda y apropiada y los zapatos apropiados para evitar la fatiga y problemas de equilibrio al caminar.
- Ejercicio: se recomienda continuar con sus ejercicios habituales y si fuera necesario, disminuirlos en los dos últimos meses. Es adecuado caminar, pero sin fatigarse. Aire puro y sol se aconseja. Los viajes deben disminuirse, sobre todo los dos últimos meses.
- Descanso: se necesitan 8 horas de sueño. Deberán evitarse las influencias que la depriman o exciten, puesto que en esta etapa aumenta la inestabilidad emocional.

- No alcohol, ni cigarros. Tampoco a su alrededor.
- Relaciones sexuales: cuando el embarazo no presenta complicaciones, se pueden realizar durante toda esa etapa. Aunque en ocasiones se recomienda evitarlas o disminuirlas en el último mes, porque la embarazada pierde el interés o le es incómodo.
- Medicamentos: el médico siempre debe prescribir los medicamentos y evitarlos, a menos que sea absolutamente necesario.

Durante el embarazo, el médico debe ir explicando a su paciente qué cambios van ocurriendo en el feto que se está formando dentro de ella y así estará calmada, confiada y optimista del progreso del mismo, de su normalidad y cómo está contribuyendo, con sus actitudes adecuadas, a que esto ocurra. Es importante porque la preocupación más frecuente en la gestante es la normalidad de su feto y se pregunta constantemente: ¿será normal?, ¿tendrá algún problema? Estas explicaciones son aún más imperiosas cuando la futura madre ha tenido fetos con problemas, ha perdido embarazos anteriormente, otros familiares han tenido experiencias de este tipo o en su familia o en la de su esposo han nacido niños con anomalías.

El médico no puede ni debe limitarse a la valoración del desarrollo del feto, cumplir con las indicaciones de complementarios establecidos, medir su altura uterina, pesarla o tomar su presión arterial.

Es necesario valorar las gratificaciones y las tensiones que su nuevo estado fisiológico determina y las manifestaciones cognoscitivas, afectivas y conativas para conocer su situación social, que reflejan, en cada caso, la reacción de la embarazada ante la situación, teniendo en cuenta su personalidad y el medio sociocultural en que se ha desarrollado.

La gestación planificada deviene, además, fuente de deferencias agradables para la mujer, debido a que fortalece su identificación sexual, refuerza su status y papel familiar y social, satisface la maternidad culturalmente determinada y su estado repercute favorablemente sobre las actitudes de quienes se relacionan con ella en el medio familiar, laboral y social.

El embarazo, por otra parte, acelera notablemente el proceso de maduración emocional al crear las condiciones para que, en forma propicia, se establezca una de las más profundas de las relaciones interpersonales: la relación madre-hijo.

Todo esto deben aprovecharlo el médico y la enfermera para estimular a la futura madre para que su embarazo sea feliz y cumpla con las orientaciones dadas.

Desdichadamente, no todas las parejas son felices y aunque lo fueran, no todas desean un hijo en determinados momentos de su matrimonio, por razones personales, familiares, profesionales, económicas u otras.

El médico debe hacer una labor de formación para que esas parejas, por los métodos anticonceptivos creados y apropiados, planifiquen su crecimiento familiar y no usen el aborto como forma de evitarlo.

Una vez que se ha efectuado la concepción, el médico debe realizar una labor preventiva en este sentido, conversar con la pareja para, con elementos dados en sus circunstancias, orientarla con el fin de que pueda tomar la decisión acertada.

Hay casos en los que la embarazada, por ejemplo, tiene problemas mentales serios y el médico debe reunirse con ella y la familia y exponer claramente los riesgos de la concepción y las circunstancias futuras.

En otros casos, ya el embarazo es avanzado. El médico siempre será preciso y respetuoso, exponiendo todos los aspectos de la situación desde su posición profesional, pero nunca debe decidir por la pareja.

En el caso de que el embarazo no sea deseado, no adecuado al momento o las circunstancias, pero que es inevitable que transcurra, el médico realizará un trabajo sistemático, profundo, respetuoso y nunca crítico con la pareja, la madre soltera y con la familia, para lograr estimular la necesidad de amarlo, de cuidarlo, de prever para que el embarazo se desarrolle adecuadamente y el movimiento del nuevo ser sea percibido con felicidad y optimismo. Muchas veces, un embarazo no deseado continúa a una madre rechazante o a un rechazo encubierto. El médico debe prever con respeto que esto no ocurra.

Sin embargo, además de estos aspectos positivos o negativos (con estos se intensifica la situación) de gran relevancia, existen las tensiones derivadas de la gestación, como las determinadas por la repercusión somática del proceso, entre las que se encuentran la labilidad vegetativa, que se expresa en frecuentes crisis vasomotoras y disfunciones digestivas.

Así se destaca, una vez más, la extraordinaria importancia que en la atenuación de estas tensiones tiene la correcta atención de la gestante y la incorporación a ella de su pareja; lo que implica el establecimiento de una relación positiva con el equipo de asistencia, la transmisión de seguridad, conocimientos y el entrenamiento en cursos de psicoprofilaxis para el parto y para la futura lactancia.

En este contexto de gratificaciones y tensiones, se manifiestan las especificidades psicosociales de la gestante, cuya primera característica es el polimorfismo determinado por sus rasgos de personalidad y por las posibles motivaciones de la pareja.

Las apreciaciones de la gestante con respecto al embarazo y el parto, están influidas necesariamente por sus motivaciones para procrear, sus experiencias anteriores en relación con el proceso reproductivo y las opiniones positivas o negativas procedentes de su entorno.

El conocimiento de los aspectos básicos de la anatomía y la fisiología de la fecundación, el embarazo y el parto, desempeña un papel trascendente y su enseñanza es una de las misiones fundamentales del equipo de salud.

La posibilidad de identificar adecuadamente fenómenos aparentemente banales, como el tamaño del feto en el claustro materno, desempeña un importante papel en la atenuación de la ansiedad de la gestante ante lo desconocido.

También pueden existir múltiples situaciones negativas que influyan en la percepción que posee esta de su proceso, como el embarazo oculto, la gestación no deseada, la gestación precedida de divorcio o la que ha sido fruto de relaciones inmaduras, donde ha faltado el verdadero amor, así como la poca responsabilidad ante el nacimiento de un nuevo ser.

Entre los aspectos afectivos del embarazo se señaló anteriormente la acción facilitadora de la excitabilidad del sistema nervioso, implícita en la retención de líquido propia del embarazo; ahora se destacará que de ella se derivan la irritabilidad y la labilidad afectiva, frecuentes en la gestante y que se atenúan o se intensifican según las características de personalidad y el balance logrado, en cada caso, entre las gratificaciones y las tensiones inherentes al embarazo y a las circunstancias que lo rodean.

Por el contrario, hay gestantes ignoradas, mal atendidas e incluso, reprochadas por su estado, tanto por su pareja como por su familia. Innegablemente, esto agrava el estado afectivo de ellas y por lo tanto, el sano desarrollo del feto.

La situación económica es importante, influye en la alimentación y el bienestar de la gestante, la preparación de la canastilla y las condiciones para el futuro niño. Las personas que viven en el hogar deben cuidar de la privacidad de la pareja y las relaciones entre los miembros y con la embarazada; deben tener cuidado con las actitudes, si no desean el embarazo. Si la gestante es casada, madre soltera, con futuro padre conocido y aceptando el embarazo, si es trabajadora, estudiante, ama de casa, número de hijos anteriores, si ha tenido abortos y sus causas, etc., son condiciones muy importantes y hay que tener en cuenta.

Indiscutiblemente, cualquiera de estas situaciones u otras que no han sido señaladas, pueden ser fuente de tensiones, ansiedad, depresión y hasta rechazo al propio feto. El médico, ante todo, debe conocerlas, identificarlas y actuar a favor de modificar las actitudes negativas, prejuicios y situaciones adversas que pueden atentar en contra de un embarazo feliz. Asimismo, puede incorporar a la embarazada y a su familia a dinámicas grupales muy favorables para lograr estos objetivos.

Relación médico-paciente en parto

El médico identificará las características de su paciente, lo mismo que todo el equipo de salud que la atenderá, para saber cómo tratarla. Es preciso recordar que este momento es muy importante para una mujer y también muy difícil.

No debe sentirse sola, hay que acercarse a ella con frecuencia, no sólo para comprobar si ha dilatado y cómo, la frecuencia de las contracciones, sino, además, cuáles son sus expectativas y preocupaciones y tratar de satisfacerlas.

Se evitarán aquellos comentarios y lenguajes extraverbales que puedan insinuar que hay alguna complicación. La futura madre debe conocer con claridad y naturalidad lo que está sucediendo, las medidas que se tomarán y cómo ella debe participar para que todo salga bien. Recordar que es ella la protagonista y mientras más preparada esté para enfrentar el nacimiento de su futuro hijo, mejor será su colaboración.

Desdichadamente, con frecuencia esto se olvida y el equipo de salud encargado de este proceso pretende que la embarazada responda como ellos desean y no como ella es y cómo la han preparado y entonces, lejos de darle seguridad, apoyo y confianza, hasta en ocasiones se le critica y rechaza, cuando su comportamiento no es el esperado.

Relación médico-paciente en parto

Este es el momento más esperado, deseado y difícil para la futura madre. Los dolores han aumentado en intensidad y frecuencia, sus fuerzas disminuyen, sobre todo si el trabajo de parto se ha prolongado.

El médico y su equipo también están tensos y aunque la preocupación mayor y la atención se dirigen a que el feto nazca sin problemas y la madre no tenga complicaciones, no pueden olvidar que la protagonista es un ser humano que, más que ellos, desea hacer las cosas bien, sin problemas y que todo termine rápido. Alguien debe ocuparse de ella, estimularla, decirle qué hacer y cómo, pero con seguridad, ecuanimidad y sin gritos ni reproches.

Sería conveniente que el padre de la criatura estuviera presente en el parto por muchas razones: él podría ocuparse de ofrecerle cariño y seguridad, para ella sería muy reconfortante que estuviera allí; el futuro padre se sentirá más importante y responsable de sus actos, más responsable de su hijo, se sensibilizará más con su esposa al observar el proceso por el que pasa. Todo esto les podría asegurar una etapa de lactancia más unidos, serenos y maduros.

Por supuesto que algunos médicos no comparten este criterio, porque piensan que gran parte de los padres serían un estorbo y un nuevo

problema. Claro que sería de esta forma si el padre no estuviera preparado previamente para ello.

Esta labor deben realizarla el médico y la enfermera que han atendido el embarazo y en esa atención contemplará todos aquellos conocimientos acerca de la fisiología del parto, las posibles complicaciones y cómo deben comportarse para que el proceso sea normal.

Un instante inolvidable para la nueva madre es cuando le muestran y entregan a su hijo; este contacto es muy rico en emociones fuertes. Es preciso lograr, como profesionales de la salud, que nada empañe este breve, pero sublime momento. Allí, nada es más importante que esa relación y aún más, si el padre está presente.

El médico debe estar consciente de que ha contribuido, con sus conocimientos y esfuerzos, a traer una nueva vida al mundo; por tal motivo debe disfrutar de ese instante que para él también es importante.

Claro, no siempre todo es color de rosa, hay partos que se complican y hay que actuar con premura. El equipo debe actuar como un sistema, como una maquinaria perfecta, cada cual sabrá qué debe hacer sin olvidarse de propiciar una primera relación madre-hijo inolvidable.

Relación médico-madre en lactancia

Durante el embarazo, el médico debió explicar a la futura madre el proceso de la lactancia, cuándo comenzarla, qué hacer para estimularlo y sobre todo, la importancia de la misma para su futuro hijo, desde el punto de vista biopsicosocial.

Si esto no se hubiera hecho, corresponde al médico que atiende a la puérpera llevarlo a cabo y proceder, aceptándola como es. Sólo previamente indagar hasta dónde conoce, para saber cómo encaminar su información y ofrecerla.

La parida es muy sensible, las tensiones y los esfuerzos del parto han dejado sus secuelas, si el niño tiene algún problema, aún más. Además, los cambios anatomofisiológicos ocurridos, incrementan su sensibilidad.

Si a todo esto se le agregan los horarios de lactancia, los desvelos, el cuidado del bebé, dado que es totalmente dependiente de su madre, el tener tareas adicionales en el hogar, en ocasiones poca privacidad, ruidos innecesarios y otros; por supuesto, serían obstáculos para la nueva mamá y generadores de tensiones que pueden interferir en una lactancia adecuada, una relación madre-hijo profunda y satisfactoria.

Una madre ansiosa, tensa, inexperta, puede favorecer la aparición en el niño de problemas como: cólicos, trastornos en el sueño, llanto frecuente, rechazo a la lactancia materna y otros.

La madre estará tranquila, más al cargar y lactar a su hijo, pues puede transmitir con facilidad su estado afectivo a su bebé.

El esposo debe apoyarla afectivamente y en las labores de la casa, así como la familia, para que ella pueda dedicar más tiempo a su pequeño.

El médico, en este sentido, cuando visite el hogar y la cite a consulta, indagará al respecto y trazar un plan que favorezca una lactancia feliz, preparando a todos los que rodeen a estos dos seres para que les aseguren ese bienestar. También estará atento a aquellas madres que tienen exceso de preocupación por su apariencia o que atribuyen que el mantenerla les proporcionará la atención del esposo, pues hay casos en que por estas razones, la madre está muy preocupada por la prolongación de la pérdida de su figura y que ha aumentado más de peso desde que lacta. Asimismo, se inquieta por el cambio que han sufrido sus mamas por la lactancia materna. El médico extremará las orientaciones en este sentido para adecuar la imagen corporal de las madres.

Además, debe enfatizar que la lactancia no tiene límites ni horarios. Para ella, las madres deben escoger una posición cómoda, cargar a su pequeño con tranquilidad y seguridad, prodigándole ternura, palabras agradables, que aunque no sean entendidas por el bebé, sí serán sentidas por él y les provocarán un intenso bienestar, lo que asegurará su salud.

Al respecto, antes de finalizar este acápite es preciso señalar que es tanta la preocupación y ocupación que existen por parte de los trabajadores de la salud, que muchas veces propician que las gestantes y madres perciban que esta situación, su situación, es más un problema de los médicos y las enfermeras que de ella. Es importante trabajar con sistematicidad, con esmero, con ética, pero siempre enfatizando y dejando claro que los protagonistas y los máximos responsables de todo el proceso son la futura madre, su pareja y su familia.

Relación médico-paciente con enfermedad quirúrgica

Este tipo de relación tiene tres momentos: el preoperatorio, el operatorio y el posoperatorio.

En el preoperatorio se tendrá en cuenta que:

- Todo médico debe tener conocimiento técnico y científico suficiente para decidir efectuar una operación, cuando la acción terapéutica sea ineficaz por otros medios y exija la intervención quirúrgica en forma urgente, para evitar mayor daño o la muerte del paciente.
- Toda operación grave, en consecuencia, que no sea efectivamente urgente y para la cual existen otros tratamientos curativos de eficacia, no debe hacerse.

- Contra la voluntad del enfermo o de los familiares que lo representan, el médico no procederá a la operación. Si el enfermo no está en condiciones de dar su consentimiento informado y los familiares no están, el médico actuará según su conciencia.
- Contra la voluntad positiva del enfermo o del herido, puede proceder el médico si la oposición se funda en el desconocimiento de su estado y de los resultados ciertos y benéficos que obtendría, cuando, por otra parte, ni el médico ni los familiares consiguen persuadirle de la verdad.

La complejidad y riesgos de la cirugía exigen, más que en otros pacientes, la práctica del consentimiento informado de forma escrita y/o verbal (según la severidad de la situación), con testigos, en la que se pone lo que se hará, por qué, sus riesgos y posibilidades de mejoría.

La cirugía, por menor que sea, produce angustia al paciente y tiene riesgos inherentes a la anestesia y al acto quirúrgico, aunque sean mínimos. Implica, para el paciente, una mutilación de su cuerpo, de mayor o menor significación, pero mutilación al fin. Por lo tanto, primero es necesario precisar lo imprescindible de una operación y después, cómo preparar al paciente para ella, en dependencia de la gravedad del problema, el órgano que se mutilará, la significación que tenga para él, las circunstancias que atraviesa o atravesaría, sus características de personalidad y otros.

Al planificar el acto quirúrgico, el cirujano debe tener en cuenta la edad del paciente, sus características de personalidad, el órgano que mutilará, cómo él lo percibe y sus consecuencias, para prepararlo a enfrentar esta situación lo mejor posible, así como a sus familiares, teniendo su consentimiento informado de las posibles variantes de operación que podría enfrentar.

También es importante preparar el equipo que lo asistirá y para planificar la fecha y el horario de la operación, siempre que sea posible. Además, que el médico que lo prepare sea el que el paciente encuentre en el salón, pues toda su seguridad y autocontrol puede afectarse y provocar consecuencias en el acto en cuestión y en el posoperatorio. El enfermo puede sentirse desvalido, abandonado, ignorado y engañado.

El médico anestesista que lo asistirá se entrevistará con él para recoger la información que necesita, que le permitirá escoger el tipo de anestesia que utilizará, explicándole, con palabras adecuadas a su nivel de comprensión, lo que hará y beneficiará más, obtendrá su consentimiento informado para ello.

La noche antes de la operación puede resultar difícil para el enfermo, muchos piensan que tal vez sea la última, que es un riesgo el que están corriendo. El médico que lo operará, preferentemente, o el personal a su cuidado, le ofrecerá apoyo, seguridad, establece con él y sus familiares

una relación de confianza, para que las preocupaciones que puedan tener se eliminen y hablar sobre temas agradables que relajen y disminuyan la tensión. En ocasiones, el enfermo debe tener una preparación nocturna y en la mañana, la persona encargada de hacerlo, debe llevarlo a cabo con tacto, ecuanimidad y respeto. Si hay otros pacientes en la sala y el enfermo deambula, llevarlo a un lugar con privacidad. Si no puede deambular, correr las cortinas o poner mampara que proporcione más intimidad.

El médico que lo atiende valorará las características de los familiares que lo cuidan, si son ansiosos, sobreprotectores, pesimistas, despreocupados, desconocedores, etc., para ayudarlos, prepararlos e incluso, sugerir la persona más indicada para acompañarlo; sobre todo la noche anterior, al recibirlo en la sala y la noche de la operación.

Asimismo, si el enfermo ha estado ingresado, si ha sido operado anteriormente y cuáles experiencias ha tenido al respecto, para modificar percepciones que pudieran interferir en el acto quirúrgico y en la recuperación, proporcionándole seguridad y apoyo.

También determinará en cómo debe relacionarse con su paciente, si reside en el lugar donde está el hospital, si tiene o no acompañante y otros. El trato con él será más cuidadoso, en dependencia de estos factores señalados y al tenerlos en cuenta y manejarlos adecuadamente, provocarán que el enfermo se sienta respetado y atendido como persona.

Previo al momento de la operación hay un tiempo muy importante, la espera para ser intervenido. En esta situación el paciente está solo, sin sus familiares; su médico está operando y son muchas las expectativas que puede tener. ¿Cuántas interrogantes se hará? Múltiples, piense en ellas: “¿cuánto tiempo estaré aquí?, ¿estará mi médico en el salón?, ¿me dolerá?, ¿moriré?, ¿cómo transcurrirán los días en el hospital?, ¿qué pasará después de operado?, ¿me subirá la presión?, ¿cómo quedará?” y otras.

Este estado de tensión en muchos pacientes provoca temblores y frío, que se agudizan por el aire acondicionado. Es necesario prever esto y tener a disposición mantas para taparlo y favorecer su confort.

Alguna persona debe permanecer en este salón para ofrecerle apoyo, conversación u otro socorro y eliminar o disminuir sus tensiones. Podría ponerse una música instrumental, baja, agradable, que favorezca su relajación.

Es importante preparar a los camilleros en el manejo de los pacientes, puesto que deben ayudarlo a subir y bajar de la camilla, tratarlo con amabilidad, conversar con él, nunca manejarlo de forma impersonal, pues esto puede hacerle sentir desvalido y perder la ecuanimidad y con ello, modificaciones fisiológicas que determinen la suspensión del acto quirúrgico, complicaciones en el mismo o dificultades en la rehabilitación.

En el salón del preoperatorio no deben estar muchos enfermos esperando, ya que la espera aumenta la tensión y desespera. Esto podría agravarse por actitudes inadecuadas de enfermos ante un estado de tensión y contagia a los otros. Ellos permanecerán en este salón el tiempo imprescindible.

Al entrar, debe recibírsele, saludarlo, dar la bienvenida y en ello participar todo el equipo, especialmente el cirujano. Lo que ocurrirá allí, todo lo que percibe, que tal vez nunca antes había visto, las personas con ropas diferentes y caras prácticamente tapadas, en fin, lo tensionan, lo anulan, puede perder la noción de su papel protagónico, de que es una persona. Por ello, su médico debe explicarle acerca de los equipos fundamentales que observa, cómo lo ayudarán, quiénes son las personas que lo asistirán y lo cuidarán, qué ocurrirá y cuál deberá ser su actitud para favorecer lo que se ejecutará a continuación. Él debe percibir que, como protagonista, es una persona y no un órgano que se va a mutilar.

Una vez concluido el acto quirúrgico, el cirujano u otro personal designado debe salir a enfrentar a los familiares acerca de los resultados del mismo, el estado en que se halla el paciente y lo que pasará posteriormente. Si ocurrieran complicaciones, manejará con cuidado la información que va a ofrecer, con naturalidad, evitando el desconcierto, la tensión y el pesimismo. Es importante prepararlos acerca de las actitudes que asumirán para que su familia sobrelleve mejor las molestias de la operación y las posibles complicaciones.

En el cuarto o sala donde continuará su recuperación, tendrá adecuada ventilación, silencio y tranquilidad, que le ofrecerán alivio a las molestias que queden como secuelas de la cirugía aplicada. Todo el personal, especialmente las enfermeras, se ocupará de su bienestar y el del familiar que lo cuida, para que los días que debe continuar en la unidad hospitalaria representen una experiencia de confianza y tranquilidad.

Este paciente debe ser llamado por su nombre en todo momento, nunca por el número de su cama o cuarto o por el órgano mutilado, lo que le proporcionará sentirse persona, sin perder su identidad.

Si es necesario realizar curas, inyecciones o exámenes complementarios, se le explicará en qué consisten, qué tipo de medicamentos se le administrarán, sus dosis y por qué, para obtener su consentimiento informado. Además, la enfermera o personal que los realizará cuidará de su tacto, amabilidad, cortesía, para saludar al paciente, llamarlo por su nombre, prepararlo para lo que va a suceder, sobre todo si está dormido o descansando.

El estado de ansiedad puede presentar problemas en el tratamiento de los pacientes, tanto en el preoperatorio como en el posoperatorio. Las dos determinantes fundamentales de esa ansiedad, en el contexto

quirúrgico, son: miedo a perder el control y miedo a la inseguridad. Tales preocupaciones son mayores en aquellos que sienten la necesidad de mantener una imagen de dureza y serenidad frente a la adversidad. Algunos pacientes aceptan la cirugía con una ansiedad fóbica, relacionada con un dolor intenso y sienten terror a una posible pérdida del control de la personalidad y de la dignidad, después de la intervención.

La incertidumbre persigue a muchos pacientes durante varios días e incluso, semanas antes de intervenciones, sobre todo de cirugía mayor. Algunos tienen miedo de la anestesia y les preocupa una posible muerte por esta o accidentes quirúrgicos. Otros, temen el dolor y el malestar al despertar y después, durante una gran parte del período de recuperación en el hospital. A todo ello se añaden los temores relacionados con la retención urinaria, el posible sondaje vesical y otros problemas intestinales. Temores menos intensos nacen de la posible “humillación”, por la preparación quirúrgica relacionada con el rasurado del pubis, la utilización de la cuña, entre otros. Los enfermos muestran dos tipos de ansiedad: la relacionada con el propio daño y la relacionada con la vergüenza.

Cuando los pacientes están psicológicamente preparados para ser operados, tienden a mostrar una mejor adaptación posoperatoria, que acorta su estancia hospitalaria y reduce sus necesidades medicamentosas.

Relación médico-paciente con enfermedad oncológica

El momento de toma de conciencia de la muerte coincide, en la práctica médica, con el momento de la comunicación, al enfermo, de diagnóstico y pronóstico desfavorable.

Malas noticias son aquellas que modifican, radical y negativamente, la idea que el enfermo hace de su porvenir.

Para poder prejuzgar su reacción, se debe tener en cuenta qué sabe y sobre todo, qué espera.

Desdichadamente, en ninguna universidad se prepara al médico para este desempeño. El médico teme a la reacción y la evita, entonces puede hacer más daño.

Gómez Sancho, en su libro *“Cómo dar las malas noticias en medicina”*, trata acerca del valor que necesita el médico para hacer frente a la verdad y establece un paralelismo entre su actitud y la que cabe exigirle al enfermo, lo que significa:

- Que el médico se ha enfrentado personalmente con las preguntas fundamentales acerca del sentido de la vida y de la muerte humana. Le hace capaz de renunciar a fórmulas convencionales de rutina con el enfermo con la palabra ayudadora.

- Que el médico “verifica” la situación del morir de su paciente. No se trata de ahorrar a un organismo que se extingue dolores y quebrantos, sino que aquí un hombre ha de asumir la última responsabilidad del logro del fracaso de su existencia.
- Que el médico debe preparar al enfermo para la participación de la verdad. Raras veces el enfermo se presentará desde el principio, con entera disposición; la verdad requiere tiempo, si realmente ha de hacer libre al hombre.
- Que el médico se ha solidarizado, en lo más íntimo, con el enfermo. Toma tiempo y esfuerzo y sólo podrá emplear ambas cosas si ha tomado la decisión radical de consagrar su vida a sus enfermos.

Elementos orientativos a tener en cuenta

Equilibrio psicológico del enfermo. Puede ser de gran utilidad investigar y conocer las reacciones del enfermo y sus familiares en otras situaciones difíciles de su vida.

Estudios realizados destacaron que el factor determinante de la conducta suicida es la estructura psicológica de base, más que las condiciones clínicas (estadio y tipo de tumor).

Otro grupo de riesgo, dentro de los pacientes oncológicos, es el que padece de cáncer de pulmón o cérvicofacial, tumores que se asocian a la dependencia del alcohol y el tabaco. Muchos alcohólicos, especialmente a los 50 años, se encuentran en un estado depresivo crónico, que actuará como factor predisponente; a lo que se añade el sufrir una enfermedad que se asocia con la muerte o tiene alteraciones estéticas.

Se distinguirá al enfermo con un desequilibrio psicológico importante, que obligará a ser cautos en la información.

Gravedad y estudio evaluativo de la enfermedad. Cuando existen tratamientos con alta probabilidad de curación clínica, se pueden inducir reacciones más fáciles de manejar, que cuando hay que revelar el diagnóstico de un cáncer más agresivo.

También es distinta la situación psicológica del paciente, en el momento en que aparecen los primeros síntomas, que cuando el enfermo sufre una recaída o peor aún, cuando se encuentra en grado terminal, en el que toma conciencia de que existen pocas posibilidades de curación.

Edad. Qué efecto podría tener, para un adulto mayor, el diagnóstico de una enfermedad asociada con la muerte, cuando muchas veces se percibe como la antesala de esta última.

En el joven, por el contrario, puede ser necesario ser más explícito en la información, pues precisamente por ser joven, se intentarán tratamientos que pueden ser más agresivos y será mucho más necesaria

su colaboración activa. Los jóvenes desean conocer más para participar en las decisiones, mientras más jóvenes más información pedirán.

Impacto emocional sobre la parte enferma. Algunas partes del cuerpo están caracterizadas por un importante significado simbólico, por ejemplo, los órganos genitales. Esto es preciso tenerlo en cuenta, tanto a la hora de informar, como en el momento de elegir una u otra terapia. No se debe presuponer que las personas prefieren, cuando se les da a elegir, la cantidad sobre la calidad de su vida.

Las mujeres con cáncer de mama tienden a tener problemas de depresión, sexuales, sociales e ideas suicidas, por lo que los cirujanos deben comenzar a dar soporte a estas enfermas y comenzar a planificar una estrategia de ayuda, antes de realizar la mastectomía.

El diagnóstico de cáncer en los genitales, independientemente del sexo, se caracteriza por vivencias emocionales dominadas por sentimiento de culpa, vergüenza e inferioridad.

Otro cáncer con impacto emocional es el localizado en el intestino grueso. Los enfermos, viéndose desfigurados, desarrollan con frecuencia ideas de abandono, teniendo reacciones de rechazo y desprecio por parte de su compañero. Adquieren así un significado emocional importante, los primeros acercamientos sexuales, que tendrán como objetivo, más allá de la búsqueda de la satisfacción sexual, el experimentar la aceptación de su cuerpo alterado por parte de su compañero.

Tipo de tratamiento. Si se pretende llevar a cabo una cirugía mutilante o un tratamiento con efectos secundarios, ello obligará a ser más explícitos en la información, no se entendería realizar una mastectomía si antes no se ha conversado con la paciente.

Rol social. Es preciso considerar el rol social del enfermo y su proyecto vital hasta ese momento y preguntarse qué efecto puede tener para él permanecer en la duda con respecto a su futuro y el de sus familiares. Es un derecho del enfermo el poder tomar decisiones de interés, ya sea moral, religioso, patrimonial y otras, tanto para él mismo como para sus allegados.

Algunas recomendaciones antes de tomar decisiones:

- Debe estar absolutamente seguro.
- Buscar un lugar tranquilo.
- Nunca por teléfono. Si la entrevista se lleva a cabo con un enfermo hospitalizado, se procurará, si el enfermo puede caminar, llevarlo a un lugar con mayor privacidad y comodidad. Si el paciente está encamado y la habitación no es individual, se puede correr la cortina, lo que da la ilusión de cierta privacidad. Se procurará hablar bajo para que otros no escuchen. Se procurará apagar la televisión, evitar ruidos del exterior o hablar con la enfermera, para que no existan interrupciones.

- La forma de comunicarse tiene más importancia que el contenido. El médico debe parecer relajado, sin prisa, animoso (sin exageración), satisfecho de poder expresarse con el enfermo, sin aparentar temores o embarazo y en actitud de sentirse capaz de responder cualquier clase de pregunta.
- Algunas veces, puede ser deseable la presencia de algún familiar en el momento de la información (si el paciente lo desea o acepta).
- El paciente tiene derecho a conocer su situación.
- El paciente tiene derecho a que se le dé, en términos comprensibles a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

El espíritu de estos criterios pueden incluir las excepciones siguientes:

- Privilegio terapéutico: en el caso que el médico crea que la información es perjudicial y disponga de elementos objetivos.
- Rechazo del enfermo: cuando el paciente no quiere hacer uso de su derecho y lo expresa o lo hace tácitamente (no pregunta).

Cualquiera de estos casos debe anotarse en la historia clínica para una eventual protección legal.

Es un acto humano, ético, médico y legal (por este orden). Es el momento de mayor grandeza del médico y también uno de los más difíciles. No existe una fórmula; su experiencia y formación profesional, su bagaje cultural y su estatura humana, serán las únicas herramientas de que dispondrá el médico, pues que existen enfermos y existen médicos.

Es preciso averiguar lo que el enfermo sabe; hacerse una idea de lo que conoce respecto a su enfermedad, en particular de su gravedad y el grado en que podría cambiar su futuro.

Pudiera hacer las preguntas siguientes:

¿Está usted preocupado por su estado de salud?

¿Ha pensado usted en la posibilidad de que su enfermedad sea grave?

¿Qué piensa del dolor y los vómitos?

Las respuestas del paciente merecen una escucha atenta y darán una información de lo que el enfermo comprende de su enfermedad, desde el punto de vista médico; cómo se expresa y el contenido emocional de sus mensajes.

Además, investigará lo que el enfermo quiere saber. Se le dará la oportunidad de preguntar, lo que dará a conocer qué es lo que el paciente quiere saber y a qué ritmo.

Igual de contraproducente es decirle todo al enfermo que no quiere saber nada, como lo es, no decirle a aquel que quiere saberlo todo.

En toda conversación en que se anuncian malas noticias es importante determinar, no si la persona quiere o no oírlo, sino qué nivel de información desea obtener. En el caso de un paciente que no desea hablar de su diagnóstico, se le debe dejar abierta la puerta para una discusión posterior.

El equipo médico que atiende debe estar preparado y de acuerdo respecto a la forma en que se manejará la situación.

Es preciso averiguar lo que el enfermo está en condiciones de saber. Deben valorarse las circunstancias en que se encuentra el paciente. Si está recién operado, en la sala de reanimación, si está deprimido y otras.

Espera a que pregunte (dar la posibilidad de preguntar). En muchas ocasiones el enfermo sí desea preguntar, pero las consultas son rápidas, el médico dedica poco tiempo. No es de extrañar que algunos enfermos puedan sospechar que determinadas preguntas pueden no ser respondidas por el médico.

Puede intentar preguntar, pero si no obtiene respuesta, se encerrará dentro de sí mismo y será posteriormente más difícil establecer comunicación con él.

Ofrecer algo a cambio; el equipo debe expresarle y demostrarle, en sus acciones y actitudes, que:

- Continuará cuidándole bien y no se le dejará solo.
- Lo verán con regularidad.
- Uno de los miembros del equipo estará siempre disponible.
- Se tratará cualquier problema que se presente.
- Se podrá aliviar el dolor del paciente y controlar la mayoría de otros síntomas.
- Se ayudará también a la familia.

Las verdades que afectan en lo más profundo al hombre, sólo pueden comunicarse con un corazón lleno de humanismo y delicadeza. Si faltara esto, la verdad simplemente conceptual del lenguaje se convertirá en un atentado o perversión.

No se debe discutir con la negación. Esta constituye un mecanismo de defensa mediante el cual se pretende evitar una realidad amenazante y se aferra a la realidad previa. Hay tres tipos de negación:

- Llegar al diagnóstico o el hecho de estar enfermo.
- Negar implicaciones del diagnóstico y/o de sus manifestaciones secundarias.
- Negación del deterioro y del declinar físico.

Es importante delimitar si es negación o desinformación. En cualquier caso, la ignorancia no es negación, aunque puede contribuir

significativamente a su aparición (ante la ambigüedad) y a su mantenimiento. Una negación persistente a veces significa que el enfermo no estaba todavía preparado para escuchar la noticia.

Se deben aceptar ambivalencias. La tranquilidad mental exige que los pensamientos de alerta de los enfermos se vean relacionados, con frecuencia, con las trivialidades del momento y con recuerdos placenteros.

Tener siempre en cuenta la simplicidad y no utilizar palabras “malsonantes”. Se debe utilizar un lenguaje que el enfermo pueda entender, evitando palabras médicas que generalmente dañan “cáncer” y otras.

No se considera imprescindible que los enfermos conozcan el nombre de la enfermedad, pero sí que sepan que su situación es grave y de que la posibilidad de morir es real.

No se debe establecer límites, ni plazos. Predecir es siempre una mentira, recurrir a estadísticas, una trampa. Se recordará que existen enfermos y no enfermedades y por lo tanto, su evolución depende de la edad, las condiciones de vida, estilo y modo de vida familiar, apoyo y manera de enfrentamiento a su problema, entre otras.

Es indudable que, hasta cierto punto, el tiempo puede depender de la propia personalidad del paciente, de su capacidad de lucha, de superación, de significación moral del tema y otros, así se debe contestar a enfermos y familiares.

Gradualmente, no es un acto único. La información dosificada permitirá observar las respuestas del enfermo con respecto a la información recibida.

La pregunta “¿se debe decir la verdad al enfermo?”, debe ser transformada por “¿cómo ayudar al enfermo a encontrar, por sí mismo, la propia verdad en esta situación, que es la suya?”

A veces, es suficiente no desengañar al paciente. Ante la pregunta de este, en ocasiones, basta con el silencio del médico, quien puede preguntar “¿por qué opina esto?” y entonces sabrá qué camino tomar después.

Es preciso extremar la delicadeza, no decir nada que no sea verdad. La verdad adecuadamente dicha y dosificada, constituye un potente agente terapéutico.

No se debe quitar la esperanza. La negativa familiar será el problema más frecuente y difícil con el que se encontrará un médico, dispuesto a cumplir honestamente con su deber de informar al enfermo.

Al paciente y a la familia sólo se les puede ayudar compartiendo la verdad, en vez de evitarla; de esta forma, el nivel general de tensión se reducirá.

Una promesa que se debe mantener y una esperanza que se puede ofrecer es la seguridad de que el enfermo no morirá solo.

Valorar que los intereses de la familia no tienen por qué coincidir con los del enfermo e incluso, pueden ser contrapuestos. Es necesario intentar convencerles de que es mejor la verdad recíproca, pero si presionan a tomar partido, siempre la balanza se inclinará hacia el paciente.

Relación médico-paciente con alteraciones psíquicas

Las alteraciones psíquicas pueden encontrarse como síntomas, síndromes o enfermedades y se manifiestan como neuróticas o psicóticas.

Desdichadamente, a los problemas mentales se les da poca importancia, por lo que la actitud de los médicos en relación con este tipo de paciente se manifiesta, con frecuencia, de dos maneras: por una parte, se subvalora a los enfermos que presentan estas alteraciones, no se les toma en serio; se atienden sus problemas orgánicos, sin relacionarlos con las alteraciones psíquicas y sus causas. Es decir, no se atiende al paciente de manera integral, por lo que su situación no termina de solucionarse.

Por otra parte, hay médicos que cuando no llegan a un adecuado diagnóstico, le plantean a sus pacientes que lo que tienen es psíquico, los remiten al psiquiatra, al psicólogo o los dejan sin remisión, perdiendo interés en el caso. En esta situación se encuentran los médicos que no confían en sus enfermos y creen que estos los están engañando o utilizando.

En la medida en que el profesional centre más su atención en los logros de la tecnología, desvaloriza los excesos de expresión emocional de los sujetos.

La enfermedad mental casi nunca es reconocida como tal en las primeras fases de la sintomatología. Las conductas desviadas tienden a ser explicadas y “normalizadas”, haciendo referencia a circunstancias extenuantes o a las pruebas siempre equilibradoras de la conducta racional.

A pesar del incremento de la educación mental y la mayor disponibilidad de servicios ambulatorios, relativamente pocos pacientes llegan al tratamiento con la rapidez que es normal en la mayoría de las enfermedades psíquicas. Muchas veces, antes del tratamiento inicial del enfermo, existe un alto nivel de conflicto dentro de la familia y el plan aparece cuando otras formas han fracasado.

Otro problema que afronta la atención del paciente con alteraciones psíquicas, es que, con frecuencia, también se abusa del uso de la tecnología; en este caso, con pasar al sujeto por la aplicación de técnicas psicodiagnósticas para disminuir el tiempo que requiere una buena entrevista, que debe ser el principal instrumento. Que el profesional se

apoye en la psicometría y que esta rinda su informe de las pruebas aplicadas, debe considerarse como un indicador más para confrontar su hipótesis inicial, pero nunca lo que determine su diagnóstico.

La presión asistencial, el tiempo que requiere oír a un paciente de este tipo, el tiempo que implica utilizar la psicoterapia adecuada y el tener a mano la posibilidad de indicar medicamentos que puedan disminuir o eliminar síntomas, provoca, con excesiva frecuencia, que estos pacientes sólo sean atendidos desde el punto de vista medicamentoso y se les prive de un tratamiento sistémico, donde son varias las acciones a seguir y donde la psicoterapia individual, familiar, laboral y grupal en general, es su núcleo fundamental. Entonces, se atienden parcialmente las consecuencias y poco, las causas de los problemas.

Todas estas situaciones que afronta la atención del enfermo con alteraciones psíquicas, limitan y menoscaban la relación médico-paciente, en sujetos que requieren un mayor cuidado por las características de su problema de salud.

Este es un paciente especial, con el que hay que tener cuidados especiales, no sólo con los psicóticos, también con los neuróticos, que se percatan con facilidad de cuándo están delante de un oído atento para escucharlo u ayudarlo.

La palabra es el principal agente terapéutico con ellos, no se puede dejar de utilizar, no se debe cambiar por los medicamentos, estos hacen falta, pero es preciso combinarlos con la palabra, que es el instrumento imprescindible. Se usará la expresión correcta, en el momento oportuno, así estos enfermos no deambularán de profesional en profesional, mejorarán la calidad de su vida, se incorporarán satisfactoriamente a la vida útil y estarán agradecidos de aquel que logró su tranquilidad y bienestar. Ese es el mejor premio que puede tener un profesional de la salud.

A los pacientes que no exigen internamiento urgente, se les prescribe el tratamiento, se orienta a los familiares cómo administrarlo y cómo controlar al enfermo, así como a dónde dirigirse en caso de agravarse su estado.

Si se necesita la internación urgente en un hospital psiquiátrico, puede omitirse el suministro de medicamentos para transportarlos, sobre todo en pacientes adultos mayores.

El principal problema que debe resolver el personal médico, al prestar asistencia a un paciente excitado hasta poder internarlo, consiste en garantizar su seguridad y la de quienes lo rodean.

El paciente se alojará en una habitación aislada, donde solo queden las personas que lo cuidan. Deben preverse los intentos de saltar por la ventana y escapar. No deben encontrar a su alcance objetos que puedan servir para agredir o autoagredirse.

Al enviar al paciente al hospital hay que revisar cuidadosamente sus pertenencias para que no lleve objetos peligrosos. El sujeto debe saber que lo van a transportar y en lo posible, que lo van a internar, persuadiéndolo de su necesidad de acuerdo con las características del problema y de él mismo, como enfermo.

La sala donde se ingrese no debe tener hacinamiento, debe haber silencio y mucha tranquilidad.

El paciente se ingresa en el cuerpo de guardia del hospital psiquiátrico. Es obligatoria su investigación somaticoneurológica, sobre todo en el individuo excitado, para identificar los problemas somáticos. La combinación de una enfermedad psíquica con otra somática (no infecciosa y que no exige de un tratamiento especial) puede tratarse en el hospital psiquiátrico o, de lo contrario, decidir su traslado y administrársele el tratamiento psiquiátrico individual, por la atención que necesita y por las molestias que puede ocasionar a otros enfermos.

En la sala, todo el personal que lo asiste será cortés, amable, saber controlarse, ser ecuánime y hábil. La conducta debe ser equilibrada, atenta y humana, sin exceso de familiaridad. Las personas que trabajan en esta sala deben tener buena apariencia personal. Si atienden pacientes excitados, no se usarán aros, anillos, collares que pueden ser arrancados.

Es importante un estricto horario de vida, ya que este coadyuva a la normalización de la conducta de los enfermos y al restablecimiento del sueño, que debe ser de 8 a 10 horas.

El paciente tomará los medicamentos indicados por el médico, en presencia de la enfermera. Hay enfermos que los evitan y otros que los acumulan para suicidarse.

Los sujetos que pueden pasear están en los talleres de terapia u otros locales y deben supervisarse con cuidado, sin que se sientan vigilados, para evitar fugas o suicidios.

Los familiares y conocidos visitarán a los enfermos en determinados horarios y días de la semana. Se puede aumentar la cantidad de días y el tiempo de duración de la visita, con la autorización del médico.

Previamente, se informará a los familiares sobre el estado del paciente y los temas de conversación que pueden tratar con él. Durante las visitas, se evitarán las conversaciones desagradables y traumatizantes, así como traer objetos que puedan ser peligrosos.

El personal de servicio no tiene derecho a transmitir directamente al paciente cartas, notas o recados.

A los enfermos postrados hay que hacerles baños higiénicos lo más a menudo posible, cambiarles la ropa de cama y vestirles. Se les debe cuidar el estado de la piel. Para la prevención de excoriaciones por decúbito, que suelen formarse en la espalda y en los glúteos, en estos lugares se

colocan almohadas circulares de goma y los lugares más predispuestos a la presión se friccionan con alcohol alcanforado. Se les cambiará de posición varias veces al día para su mayor comodidad y para prevenir los problemas pulmonares.

El paciente deprimido generalmente es callado, inhibido, no pide nada. Hay que ayudarlo, convencerle para que pasee; sin embargo, no hay que molestarlo, sí estimularlo sin presionar para que trabaje y participe de las actividades. No cansarlo con excesivas preguntas y observaciones.

El cuidado de los pacientes que se niegan a comer exige de medidas especiales. En la negación a ingerir alimentos no hay necesidad de pasar inmediatamente a la alimentación artificial. Ante todo, si es posible, deben aclararse los motivos de la falta de apetito e intentar convencerlos para que coman o darles de comer con amabilidad y paciencia, sin comentarios negativos al respecto. Si alguien del personal o de sus familiares les inspira confianza, ellos deben alimentarlo.

A los pacientes con estupor y negativismo intenso se les deja la comida junto a la cama y se vigila con discreción. Ellos pueden ingerirlos cuando nadie los está mirando.

Relación con el adolescente con alteraciones psíquicas

Con frecuencia, resulta difícil delimitar los aspectos psicológicos normales de las alteraciones psíquicas, dificultad que se acrecienta más en el período de la adolescencia. En este sentido, se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Se trata de una etapa de transición en la que los mecanismos de adaptación entran en juego constantemente.
- Dificultad del adulto (padres y educadores) en la comprensión y tolerancia del adolescente, así como desconocimiento al dirigir las actividades y valorar las capacidades de este.
- Resulta más difícil delimitar la frontera entre salud y enfermedad, que en los adultos.
- Mayor dificultad de clasificación nosológica que en los adultos.
- Significación diferente de los síntomas a la del adulto, por lo que resulta más difícil aplicar las experiencias de generalización. Así, un cuadro de alteración de conducta en un adolescente ofrece más dudas y obliga a ser más conservadores.
- Versatilidad y polimorfismo de los cuadros clínicos.
- Discrepancia en la definición y delimitación de la categoría adolescencia.

Generalmente, los adolescentes asisten a la consulta psiquiátrica o a la psicológica acompañados por familiares, casi siempre en contra de su voluntad; en su mayoría no reconocen, al menos en la consulta inicial, la necesidad de atención, aun en el caso en que conscientemente sientan la necesidad, por regla general, la niegan.

Estas particularidades obligan al médico o al especialista a actuar con mucho tacto en la consulta inicial, no solo verbal, sino también en su comunicación extraverbal, en la que un gesto, una mirada o una sonrisa, ocupa un lugar importante en la entrevista, capaz de facilitar o entorpecer, en mayor o menor cuantía que en otros pacientes, el curso del tratamiento.

No se deben olvidar, en su manejo, el tener en cuenta las características generales de la edad y de las individuales. Aspectos de igual importancia resultan el tratar de mantener la mayor independencia del adolescente, su reconocimiento y respeto como individuo, no dañar su autoestima, brindarle confianza y seguridad y tratar de crear un clima de amistad.

Se les pedirá autorización (consentimiento informado) cuando se necesita que esté presente la familia y qué tipo de información que ha ofrecido se puede valorar con la misma.

El adolescente puede distorsionar, minimizar o exagerar; con frecuencia es defensivo, reservado, con aparente indiferencia, trata de impresionar e intentar poner al especialista en situaciones difíciles; otras veces es locuaz y cooperador. Estas características inclinan a basar el diagnóstico atendiendo más a los elementos obtenidos objetivamente, que en las narraciones y síntomas subjetivos.

El especialista debe diferenciar lo cierto de lo incierto; saber evaluar lo que se cree y expone el paciente y lo que es realmente, reconocer cuánto de niño, de fantasía y cuánto de veracidad y madurez hay en el adolescente.

Relación médico-paciente en peritaje médico

La relación que se establece en el peritaje médico es muy especial dentro de las situaciones médicas a las que tienen que enfrentarse, tanto el paciente como el médico.

El peritaje médico se realiza para determinar la conducta a seguir, respecto a la vida laboral, de un enfermo que trabaja y que ha estado impedido de hacerlo por un tiempo prolongado (más de 6 meses). En esta situación médica, de acuerdo con el estado de salud del sujeto, se puede recomendar su reincorporación normal, su reincorporación con limitaciones, cambio de labor, continuación del cese laboral, jubilación y otros.

Todo esto provoca, en la mayoría de los enfermos, estados afectivos intensos y contradictorios. Muchos perciben esta situación como un juicio donde ellos son los juzgados y van a esta, tensos, deprimidos, ansiosos, dadas las múltiples expectativas que pueden tener, en dependencia de las motivaciones principales que poseen.

La motivación del peritado se refleja en dos grandes direcciones:

- Aquella donde el paciente pretende demostrar alguna incapacidad, como ocurre en los peritajes laborales de accidentes, de jubilaciones, militares, escolares, judiciales o que el paciente está enfermo y no se siente capaz de enfrentar aún su vida laboral. Muchos de ellos orientados a mantener su certificado médico, lograr la jubilación, establecer responsabilidad penal o derecho a pensión de familiares fallecidos.
- Aquella donde el paciente pretende demostrar que no está incapacitado; como en los peritajes profesionales y judiciales, orientados a valorar la posibilidad de incorporarse a trabajar, por el sentido que tiene esta labor para su vida, por evadir otras responsabilidades, por ejemplo, en el hogar, por problemas económicos; selección para trabajos de responsabilidad y judiciales, para valorar la posibilidad de ejercer derechos civiles, como casarse, hacer transacciones y otros.

Cuando el paciente pretende demostrar alguna incapacidad, su propia personalidad desempeña un papel trascendental en estos casos:

- Se debe destacar el hecho de que la personalidad con características histéricas, de algunos pacientes, determina una actitud recelosa en el médico, quien conoce la facilidad para dramatizar y distorsionar que tienen estos enfermos. Ocurre una situación inversa en el paranoide (con notable suspicacia, desconfianza y sensibilidad), que se defiende en la relación asumiendo una actitud litigante, hostil ante la presunción de que será tratado de manera injusta.
- La personalidad obsesivo-compulsiva enfrenta con angustia esta valoración, ya que pone en peligro la seguridad personal, que hasta ese momento ha sido reforzada mediante la superación personal y el ejercicio de actividades de “valor social”. Otro rasgo de estos pacientes es la obstinación, hace que sean muy difíciles de convencer sobre su incapacidad para algún tipo de labor, son rígidos.
- Las aspiraciones del paciente son demostrar su incapacidad y obtener una orientación laboral adecuada.
- La concepción sobre el trabajo cumple un papel importante, por la tendencia del peritado a considerar el trabajo como causante de su afección y porque, en algunos casos, el médico olvida que el trabajo bien organizado y adecuado a las capacidades del paciente, es uno de

los elementos indispensables para lograr el saludable status de “socialmente útil”, tan importante para la adaptación total al medio y orienta, en ocasiones, la jubilación de pacientes en casos limítrofes, donde una limitación parcial, como reducción del horario, cambio de labor y otros, pudiera evitar el sentimiento desfavorable de invalidez que sigue a la desconexión laboral.

La propia situación del peritaje y las actitudes de los pacientes hacia esta, provoca, en el médico, diferentes conductas que van, desde la mejor intención de dar al enfermo lo que realmente necesita, de establecer la mejor relación posible, lo que le permitirá diagnosticar la veracidad y la magnitud de la enfermedad y hacer orientaciones adecuadas; hasta mostrar desconfianza, que lo puede llevar a la indiferencia y a la hostilidad.

Hay incluso médicos, afortunadamente en menor cantidad, con elementos agresivos en la personalidad y se sienten “a sus anchas” en esta categoría de peritaje.

El médico que de forma consciente o inconsciente capta la actitud defensiva del paciente, manifiesta cierto grado de tensión que se incrementa por la angustia ante la posibilidad de ser injusto, ser engañado, no satisfacer la demanda del paciente o poder encontrarse en situación similar en el futuro (identificación).

Asimismo, la propia situación externa, es decir, las condiciones que lo rodean, son generadoras de más tensión, por estar en ocasiones decidiendo sólo los casos de su especialidad, por tener un gran número de enfermos que peritar y que están fuera haciendo presión para ser de los primeros en atender; el local donde se hace la consulta no posee ventilación, iluminación y privacidad adecuadas; por la presión asistencial no se dedica suficiente tiempo a cada sujeto peritado y éste se siente aún más tenso e insatisfecho.

Muchas veces el salón de espera no tiene la dimensión y el número de asientos apropiados y muchos pacientes incapacitados permanecen de pie, intranquilos, tensos, incómodos y hasta irritados.

Otros factores diferencian a esta relación de la médico-paciente clínica, ya que el evaluado no percibe al médico como la persona de quien va a recibir ayuda, sino como a un perito que representa al Estado y que trata de utilizar sus capacidades para el bienestar colectivo, considerándolo, por lo tanto, “parcializado”; enfoque que en ocasiones lo lleva a exagerar su sintomatología para garantizar una orientación justa, factor que, al contrario, determina en el médico un rechazo notable y dudar de la sintomatología.

Por otra parte, el paciente, al valorar al médico como parcializado, se coloca de forma automática en actitud defensiva y está propenso a

mostrarse hostil (desde luego, estos aspectos se modifican según el grado de desarrollo social de ambos participantes).

Además, con frecuencia el médico preconice (muchas veces erróneamente) el deseo del sujeto de evadir su responsabilidad social laboral y esto lo hace reaccionar con hostilidad con el consiguiente deterioro de la relación.

Sin embargo, una angustia importante surge en el médico y está determinada por la necesidad de comunicarle el resultado del peritaje cuando éste es invalidante, ya que, sin duda, ello implica algún grado de iatrogenia, incrementándose la tensión cuando el médico se identifica con el peritado y la situación afecta valores humanos de significación.

A continuación, se ofrecen algunas recomendaciones para la relación médico-paciente en la situación de peritaje médico:

- Es de gran importancia la exploración profunda del caso, que dará más seguridad al valorado y atenuará su tensión.
- El paciente será atendido con respeto, amabilidad, comprensión y sin mostrar desconfianza, no olvidando que cada sujeto es una individualidad.
- Se evitarán preguntas, opiniones, expresiones verbales y extraverbales que puedan demostrar desconfianza y crítica.
- Las valoraciones y conclusiones a las que se arriben serán claramente explicadas al peritado, para que se convenza de que la decisión sugerida es la mejor para él. Un buen recurso para convencer de la incapacidad, es explicarle que lo que se haga será una medida profiláctica. Así, un retrasado mental será peritado no apto para conducir automóviles, exponiéndole que este tipo de actividad podrá producirle problemas para su salud, que como médico debe evitar. En este caso, la medida de protección social que no se comprendería, se convertiría en protección a su salud y entonces, sería más aceptada.
- La valoración del enfermo deberá realizarse por un equipo médico de la especialidad o de las especialidades que competen al problema de salud a analizar. Este cuidado es fundamental, sobre todo, en los peritajes de significación notable, recurso que hace más firme la profundización y la orientación y disminuye la tensión que produce una función de tanta responsabilidad.
- El médico, en su proyección social, desarrollará capacidades y habilidades que le permitan ejecutar con éxito funciones que, como las periciales, lo acercan a los objetivos de prevención primaria y terciaria y recordar que sus responsabilidades se extienden cada vez más allá de las asistenciales, docentes e investigativas.
- La consulta en la que se realiza el peritaje debe tener privacidad, asientos suficientes, ventilación e iluminación. Afuera, el salón de espera

- tendrá suficiente mobiliario para que los enfermos no estén de pie largo rato. Una espera incómoda puede agudizar el estado de ánimo negativo que ya posee este tipo de paciente. Además, se debe recordar que ellos tienen limitaciones, de lo contrario, no estuvieran allí.
- No se debe citar a un gran número de sujetos a peritar, para poderlos atender de forma adecuada y que no se agoten innecesariamente los médicos que pertenecen a la comisión responsabilizada de ello, ni los pacientes.

Relación médico-paciente en la rehabilitación

La rehabilitación ocurre cuando el sujeto ha recuperado esencialmente su salud y debe aún prepararse, de forma biopsicosocial, para incorporarse de una manera plena y útil, a su vida laboral y social.

En Cuba se han invertido grandes recursos para crear áreas de rehabilitación, pero donde se enfatiza la recuperación física, muchos médicos se olvidan de la rehabilitación psíquica y social. Muchos pacientes necesitan de atención psicológica para eliminar síntomas, temores, aprender a vivir con sus nuevas condiciones y mejorar su autoestima.

Asimismo, muchos sujetos necesitan de apoyo para la reincorporación a su centro de trabajo, sobre todo aquellos que llevan un tiempo prolongado sin trabajar o aquellos que manifiestan rechazo o fobia laboral. El médico y la enfermera, apoyándose en la trabajadora social de su área, deben sensibilizar a los compañeros de trabajo, tanto obreros como administrativos, de cómo pueden ayudar a la readaptación del paciente.

Las orientaciones se darán de acuerdo al caso, donde nunca debe faltar la insistencia en el amor, la aceptación, el apoyo que debe sentir y la incorporación paulatina en tiempo y complejidad de las tareas laborales.

Se insiste en el manejo integral del paciente, porque frecuentemente se soluciona el problema físico, pero quedan temores, prejuicios y actitudes negativas, que no le permiten rehabilitarse completamente.

Un ejemplo de ello lo es un caso atendido por disfunción sexual eréctil; fue remitido al urólogo para ser valorado. En realidad, la causa esencial del problema era física, se le operó, descansó unos días para restablecerse de la intervención quirúrgica y después se le dio el alta médica, allí terminó todo.

Este individuo estaba muy afectado psíquicamente, se aisló de sus compañeros y de su familia. ¿Hubo rehabilitación psíquica?; después, de manera espontánea, fue encontrando de nuevo lugar en la sociedad y mejorando la calidad de su vida. Se casó de nuevo, porque su esposa, la

madre de sus hijos, había cometido adulterio. Aún no se halla totalmente rehabilitado y se niega a recibir tratamiento.

La acción más importante que realizará el médico en la rehabilitación es enseñar. El paciente debe rehabilitarse en todos los sentidos y reincorporarse de forma feliz y útil a la sociedad, muchos deben hacerlo con limitaciones que antes no tenían.

Deben aprender a aceptarse como son y a tener calidad de vida de acuerdo con sus nuevas condiciones. Hay enfermos que después de recuperar la salud, están mejores y más aptos para enfrentar la vida, pero otros, recuperaron la salud, mas han quedado con limitaciones físicas, psíquicas o ambas y entonces, la rehabilitación es más cuidadosa, integral y prolongada.

No se debe olvidar que, hasta que no se entregue al individuo totalmente rehabilitado o útil a la sociedad, no se ha terminado el trabajo del especialista.

El médico planificará muy bien la rehabilitación sin que falte ningún detalle y explicar, eficazmente al paciente, en qué consiste cada paso que se hará, por qué se lo ha indicado y qué progresos espera lograr.

A continuación, se darán algunas recomendaciones para el manejo adecuado de la rehabilitación:

- Hacer un plan de rehabilitación con un orden adecuado. No se debe hablar de técnicas que pudieran utilizarse y que no están al alcance del paciente, así se evitará que se angustie y que desconfíe de las indicadas.
- Explicar, de acuerdo con lo prescrito, qué, por qué, para qué y cómo. Explicar detalladamente dónde sacar los turnos o citas para la realización de las técnicas, sobre todo si son varias las indicadas.
- Evitar usar un lenguaje técnico que el sujeto no pueda comprender. Si es necesario nombrar alguna técnica, se debe explicar por qué se llama así, en qué consiste y qué se pretende lograr con ella. Recordar que el efecto de la palabra es muy importante, es preciso hacer sugestión indirecta: “cuando haga ese tratamiento se sentirá las piernas más flexibles y ganará más seguridad en sí mismo”.
- Para indicar el tratamiento y para hacerlo, es importante tener en cuenta la edad, el sexo, las características de personalidad, la escolaridad, el tipo de problema de salud, las circunstancias que atraviesa el sujeto, las condiciones sociales que posee y otros.
- Recordar que la rehabilitación es integral, no se debe olvidar ninguno de los aspectos que necesite rehabilitar el sujeto.
- Cada técnica que se haya indicado tiene tres momentos: la espera, la realización y la terminación. En la espera, hay que preparar condiciones para que ésta no sea tediosa o incómoda, lo que podría provocar que el paciente no vaya preparado a la realización o se vaya antes y hasta que no vuelva a las sesiones programadas.

Las condiciones adecuadas serían tener un local ventilado, con buena iluminación, con suficientes asientos para los sujetos citados, disponer de materiales para la lectura. Entre los materiales, podrían ser folletos, revistas y materiales sencillos, acerca de los problemas de salud que con más frecuencia se atienden allí (biblioterapia). En esa espera se podrían ofrecer charlas cortas, agradables, de interés para los pacientes, acompañadas de demostraciones que las enriquezcan.

Al dar los turnos, tener cuidado con que el número de personas no sea excesivo y se prolongue la espera innecesariamente.

Para entrar en la fase de realización no sólo se debe tener en cuenta la hora de la cita y la hora de llegada, debe valorarse si la situación lo requiere, la edad del paciente, dónde vive, si tiene premura en terminar por las obligaciones sociales que tiene y otros.

Para no provocar inconformidad, se debe pedir aprobación a los otros que esperan.

En la realización, debe valorarse si el sujeto tiene experiencia anterior, para saber qué y cómo explicarle. En esa explicación se dirá qué debe hacer, en qué orden y qué sucederá. El paciente debe señalar si algo le molesta durante el desarrollo de la técnica.

Si la técnica se hace en grupo, para unirlos, no sólo se debe tener en cuenta la patología, sino además las características de los miembros.

También en la realización hay que valorar el tener las condiciones creadas previamente, pues hay técnicas que requieren de privacidad y silencio. Debe atenderse de manera individual a cada paciente, hasta saber que puede desenvolverse sin dificultad por sí solo.

No comenzar hasta no dar las orientaciones precisas, tanto si se va a llevar a cabo de forma individual, como colectiva.

No comparar a los pacientes. Recordar que cada sujeto es una individualidad. La comparación daña la autoestima.

Evitar las conversaciones que desconcentren a los enfermos y mucho menos si se relacionan con problemas del proceso de rehabilitación, así como de otros pacientes, técnicos y especialistas. Siempre hay que cuidar la ética médica.

No se permitirán interrupciones. Se pondrá un cartel al respecto, antes de comenzar. Los trabajadores de la salud están incluidos porque por su condición, con frecuencia, violan la privacidad requerida.

Se debe utilizar en el momento oportuno, sin exceso, el elogio por la colaboración y el progreso. Es importante apoyarse en los éxitos, aunque sean mínimos, para estimular al enfermo a que continúe su rehabilitación.

En la terminación, preguntar cómo se siente, si le es agradable, si algo le ha molestado y en qué se le puede ayudar. Elogiar su cooperación y el progreso. Resumir los ejercicios o las tareas que ejecutará en la casa, insistiendo en cómo hacerlos y con qué frecuencia.

- El médico valorará la evolución del enfermo, según lo requiera; si alguna técnica indicada no es efectiva o provoca molestias. De esta forma, decidirá si el tratamiento continúa como se prescribió o sufre modificaciones, cambiando técnicas, eliminando alguna o cambiándoles el orden.
- No se debe olvidar que en estas consultas, la relación médico-paciente es imprescindible para la evolución satisfactoria del enfermo, al tener en cuenta sus características y elogiar su colaboración de acuerdo con ellas.
- Debe incluir en este proceso a la familia, para que ésta aprenda cómo ayudarlo, cómo enseñarlo y cómo apoyarlo. La participación de la familia es la continuidad del trabajo del médico y los técnicos y la incorporación del paciente a su vida sana y útil con más rapidez y eficacia.

Relación médico-paciente en grado terminal

Para llevar a cabo esta relación, se debe tener en cuenta todo lo expuesto en el acápite que trata al enfermo oncológico y además, que el paciente en estado terminal es un enfermo con un estado clínico que provoca expectativas de muerte en breve plazo.

La concepción moderna del síndrome terminal de enfermedad se orienta en tres áreas de actuación, cuyos objetivos concretos deben ser definidos con precisión:

1. Aspectos psicosociales, comunicación, información al paciente y familiares, respeto a la voluntad de los mismos, asesoramiento y aspectos emocionales.
2. Tratamientos y cuidados médicos específicos, soporte vital, alimentación e higiene.
3. Organización de cuidados continuados y provisiones de asistencia.

Es importante decir la verdad al paciente; esta verdad implica varios elementos: no mentir, averiguar lo que el paciente quiere saber, para evitar dar información no deseada y también, eludir contestaciones a preguntas indirectas.

Decir la verdad, por otra parte, no significa transmitir o aumentar el temor, la ansiedad o la preocupación y por eso a veces no se debe decir al enfermo todo lo que se sabe o se piensa de su estado. Debe proporcionarse la información relacionada con la gravedad clínica, sin dar plazos de vida.

Quienes dan malas noticias, deben aprender a conocer qué y cuánto quiere saber el paciente, en qué momento desea saberlo y darle el soporte

necesario para enfrentar la crisis desencadenada. Es deber de quienes dan malas noticias el saber cómo tratar al paciente, el interpretar sus sutiles mensajes verbales y no verbales, siempre respetando su elección respecto a saber o no saber sobre su diagnóstico y pronóstico y hacer que los demás lo respeten y obren de acuerdo con ella. Esto incluye el respeto a la confidencialidad, incluso después de fallecido.

Generalmente, estos enfermos saben más de su enfermedad de lo que los médicos creen y mucho más de lo que se les ha dicho. Muchos pacientes se dominan porque son conscientes del sufrimiento de sus familiares y amigos.

Esta necesidad de saber es a veces tan imperativa, que hace que el enfermo la busque por todos sus medios y lo expone a encontrar referencias inadecuadas o no pertinentes a su situación. Además, estos hallazgos pueden ser más perjudiciales que si se diesen de forma natural.

El diálogo con el moribundo será un proceso lento y cuidadoso, que lleve la verdad del estado en que se encuentra; dé un camino que el enfermo sea capaz de seguir sin quedarse atrás y así conseguir una maduración paulatina en una relativa contemporaneidad con la verdad. No se deben destruir de golpes las esperanzas, más bien hay que conservarlas y contribuir, poco a poco, para que, de acuerdo con su estado, las vaya reduciendo o modificando.

El enfermo en grado terminal, necesita frecuentemente mantener una esperanza y es obligación del médico respetarla. Este último, en muchas ocasiones, no quiere hablar mucho porque tiene que mentir y ocurre una incomunicación trágica. Cuando está con el paciente todo trato es convencional o se refugia en una hiperactividad médica, torturándolo a menudo con medida de eficacia muy dudosa en sí porque hay que hacer algo, aunque en el mejor de los casos, la vida se prolongue minutos, horas o días.

Ocurre con frecuencia en este tipo de paciente que, con su familia, se instaura una conspiración de silencio, una farsa hasta el final, que priva a unos y a otros de un intercambio de afectos y a un crecimiento de todos.

Es importante proporcionar serenidad. Cuando la confianza da paso a la intimidad, la enfermera y el médico son frecuentemente invitados a asistir a confidencias personales, donde se muestran aspectos íntimos no bien resueltos y en los que es obligado hacer las gestiones oportunas.

Es aconsejable visitarlo con frecuencia para evitar el sentimiento de abandono e inutilidad, tanto por el especialista como por el médico de la familia, esté hospitalizado o no. Si es posible por la noche, puesto que este horario repercute más en el temor y en la soledad.

Es común que se trate con demasiada seriedad al enfermo grave. Por el contrario, la conversación corriente con buen humor, proporciona alivio e infunde alegría.

Respecto a los tratamientos y cuidados médicos, su finalidad es aumentar la calidad de vida en su fase terminal. Los objetivos pueden ser: aumentar el período de descanso y sueño del enfermo y la familia, aumentar la comunicación y la actividad física del paciente, disminuir los sentimientos de impotencia o de culpa y procurar su atención en su domicilio.

Si el paciente está ingresado y es posible, permanecerá en un local con mayor privacidad, para propiciar su tranquilidad, favorecer sus deseos y que la familia pueda compartir con él sus últimos momentos.

Respecto a la familia, de acuerdo con las características del enfermo y su situación, dispondrá de más libertad que otros pacientes para acompañarlo y proporcionarle afectividad. Si por el contrario, la familia obstaculiza la tranquilidad del paciente, el médico debe organizar sus visitas y prepararla acerca de su comportamiento ante el paciente.

Es importante que el médico no olvide la atención especial que debe dedicar a los familiares, ya que estos tienen a un ser querido enfrentándose a la muerte, tienen una serie de expectativas acerca del futuro, tal vez nunca hayan estado en un hospital o lo hayan hecho bajo otras circunstancias. Estas personas, en la mayoría de los casos, pasan días preocupados, tristes, impacientes, sin dormir e incluso, comiendo poco.

Ellos deben saber, día a día, lo que sucede y qué deben hacer; sentir seguridad en el médico, deben sentir su apoyo, su solidaridad y nunca ser ignorados “porque no saben, no es necesario discutir algo con ellos”.

El médico principal instruirá a todo el personal para que sus procedimientos favorezcan al paciente y sus familiares, evitando efectos negativos que agraven la situación que atraviesan, así como las posibles contradicciones entre ellos.

El médico de la familia, si por las características de la enfermedad no es el que lo atiende, debe tener en cuenta todo lo anteriormente expuesto y, de acuerdo con el especialista, realizar un manejo consecuente y respetuoso, visitándolo con frecuencia en su hogar o en el hospital. Ver a su médico de la familia constituirá, para el enfermo, tranquilidad, apoyo y seguridad, ver llegar a un amigo querido que no lo abandona.

Relación enfermera-paciente

La atención que se otorgue al hombre en el campo de la salud se fundamentará, de manera especial, en una formación humanitaria. Todo buen profesional debe ser, a su modo, un humanista y si alguno debe serlo en grado sumo, es la enfermera, quien está al lado del paciente en muchas circunstancias y mucho más tiempo que el propio médico.

En su ejercicio profesional se presentan situaciones complejas que, conjuntamente con una formación profunda y un conocimiento del hombre, acorde con su naturaleza espiritual y trascendente, demandan una actitud empática, es decir, la disposición arraigada de ayudar al otro, en la que confluyen el intelecto, la afectividad y el hacer.

La enfermera es quien ejecuta muchas acciones con los pacientes, según lo prescrito por el médico.

Su formación le permitirá enfrentar, con responsabilidad, el ejercicio profesional y de ayudar a otros, de tal modo que su ayuda sea un acto que la dignifique. Tal dignidad es una exigencia y una necesidad, un llamado a replantearse los fines y los medios, no sólo en situaciones límites, sino en el pequeño deber del quehacer diario.

El servicio que una enfermera presta en todo momento y en las más sencillas acciones de su atención, no es más que la respuesta a lo que la sociedad necesita.

Para la ejecución del plan de cuidados de enfermería, la enfermera debe tener en cuenta:

- El paciente: sus necesidades y las de su familia.
- El tipo de cuidado: frecuencia, horarios, cantidad y complejidad.
- Los recursos materiales disponibles.
- El personal de enfermería que realizará los cuidados: sistemas de turnos, tipo y cantidad de personal.
- El ambiente: características de la estructura, aseo, embellecimiento y clima psicosocial.
- El tiempo: ritmo de vida y horarios habituales de las actividades diarias.

Se conoce que las enfermeras brindan sus servicios en los diferentes niveles de salud: en la atención primaria (consultorios médicos y policlínicos), en la atención secundaria (hospitales, consultas especializadas, salas y cuerpos de urgencia) y en la atención terciaria.

En la atención primaria que se lleva a cabo, fundamentalmente, en los consultorios médicos, la enfermera está muy ligada al médico para realizar un trabajo comunitario, donde primará la promoción y la prevención de salud. Para ello, la enfermera, más que en una profesional de la salud, debe convertirse en amiga de cada miembro de su comunidad y esto significa conocer con profundidad las particularidades biopsicosociales de los vecinos, así como el funcionamiento familiar de cada familia.

Lograr esto podría determinar hacia qué situaciones de salud debe dirigir la promoción, su prevención y hasta su trabajo en la recuperación y en la rehabilitación.

Debe cuidar la privacidad de los miembros de su comunidad y respetar el secreto profesional. No olvidar que ante todo, para beneficiar, debe

respetar la autonomía de los mismos a través del consentimiento informado.

Su presencia debe ser esperada en cada hogar, su llegada siempre oportuna, de una amiga que no va a supervisar o a llenar documentos, sino para ayudar en el hogar en cualquier sentido, tal vez con una ayuda física, tal vez con su alegría y optimismo, tal vez con un consejo oportuno.

Debe enseñar a la comunidad la importancia de su trabajo con profesionalidad; enseñar a los padres a que no utilicen sus acciones, como inyectar, vacunar y otras, como amenazas para reprimir y controlar a sus hijos, hecho que después puede provocarles rechazo a la enfermera, al médico y a sus acciones tan necesarias.

Su presencia en los hogares debe ser sistemática, aunque priorice algunos casos por sus características y situación de salud.

La enfermera desempeñará un papel activo, junto al médico, en la promoción y prevención de salud, con el uso de técnicas grupales que les permiten aprovechar mejor el tiempo disponible y las influencias del grupo, provocando la reflexión y la motivación de los vecinos para el cambio de actitudes negativas que no favorecen la salud. Desdichadamente, con frecuencia se abusa de las charlas que pueden ser informativas, pero que limitan la actitud activa y consciente de los sujetos, coartando su disposición hacia ellas y la recepción de los aspectos que les brindan.

La enfermera, en la consulta, debe cuidar que en el salón de espera haya un ambiente adecuado, puede aprovechar esa estancia para enseñar aspectos útiles de cómo preservar la salud.

Debe saber priorizar, a la entrada a la consulta, según el problema de salud, la edad, las posibilidades de espera y otros; explicando con tacto, a los demás, la razón de esa prioridad y pidiéndoles su consentimiento.

Es importante que sea lo suficientemente prudente para no permanecer en el local de la consulta cuando el médico esté tratando problemas muy íntimos de su paciente y el médico, a su vez, debe preguntar previamente a este si acepta su presencia.

Por otra parte, no debe interrumpir la consulta con otro caso, con comentarios innecesarios o con la búsqueda de algún documento que puede esperar. Además, debe evitar que otros lo hagan.

Si debe pesar, medir, inyectar, sobre todo si es un niño, primero ganará su confianza y explicarle lo que hará, qué sucederá, la importancia de este trabajo y cómo él puede favorecer a que esto ocurra de manera satisfactoria.

Debe tener mucho tacto y persuasión para la realización de la prueba citológica y otras pruebas que se hacen difíciles por sus particularidades para los pacientes. Obtendrá su consentimiento informado porque se sienta responsable de su salud y que no crea que esto es un problema,

una obligación de la enfermera y el médico y que no acceda por complacerlos o que la dejen tranquila.

En el momento de la prueba citológica, por citar una situación, debe pedir la colaboración, explicar en qué consiste, cómo cooperar, la importancia de su resultado y cuándo lo tendrá. Debe cuidar el pudor de la mujer y hacer respetarlo.

Es importante al respecto tener en cuenta la edad, si es primera vez que se la hace, qué experiencias anteriores ha tenido, sus características de personalidad y otras. Nunca la enfermera debe comentar acerca de otros vecinos, ni comparar sus actitudes, podría perder la confianza de su comunidad.

La enfermera en la atención hospitalaria debe trabajar en el equipo multidisciplinario que atiende al paciente, si así este lo necesita. Todos deben estar informados de sus características, qué información recibirán y cómo se tratarán para que no existan inconsistencias e iatrogenias.

Es muy importante que se aprenda o al menos conozca, el nombre de los enfermos y los llame por él, provocando que todo el personal que tenga participación, haga lo mismo.

El paciente ingresado está muchas veces adolorido, angustiado, preocupado, alejado de su casa, de sus costumbres y familiares. Está viendo problemas a su alrededor, casos graves y hasta muertes.

La enfermera debe dejar sus problemas en la casa y sonreír en todo momento. El enfermo evalúa más el afecto que recibe, que la habilidad de la aplicación de las técnicas de enfermería.

La enfermera debe recibir el día con un “buenos días”, “¿cómo durmió?”, “¿en qué lo puedo ayudar?”

La enfermera y el médico en la sala explicarán, desde el día del ingreso, a los pacientes y a sus acompañantes, sus deberes y derechos para evitar alteraciones en el orden de la sala y que se sientan más a gusto. Hay que explicarles los horarios de los diferentes momentos del día, qué se hace en cada uno de ellos y cómo deben colaborar. Pedirles que cualquier inquietud la comuniquen para resolverla.

Es importante aceptar a todos con sus características, si hay que hacer alguna sugerencia debe llevarse a cabo a solas, sin la presencia de otros. Deben ser enseñados a vivir con su situación transitoria o crónica con cariño y comprensión, teniendo en cuenta la edad, la enfermedad, el sexo, la escolaridad, si ha estado ingresado anteriormente, qué experiencias ha tenido al respecto, si tiene acompañante, entre otros; porque cada enfermo es una individualidad y como tal debe tratarse. Mientras más solo esté, más desalentado esté, más dedicación necesita.

Hay enfermos que no tienen acompañantes, lo tienen en determinados momentos o los tienen, pero no poseen experiencia en ese papel. Es

entonces cuando la enfermera debe ser más solícita y eficiente y enseñar con paciencia a los familiares inexpertos. Nunca se criticarán y menos, delante de otras personas.

Muchas acciones de enfermería son desagradables para los pacientes y deben ser cumplidas en un horario determinado. La enfermera debe prepararlos para ello, relajarlos para recibir su colaboración. Si es en horario de sueño, se les despertará suavemente por su nombre, se les pedirá disculpas, se hablará con ellos para contribuir a que acaben de despertar y se preparen. Se les elogiará por su ayuda y sugerirles que paulatinamente aprenderán a asimilarlas y su mejoría irá aumentando.

Los pacientes y sus familiares se percatarán del respeto de la enfermera hacia el médico y otros miembros del equipo de salud, poniéndose de pie ante su llegada, saludando, mostrando receptividad a las indicaciones y sugerencias y nunca discutir las si no está de acuerdo, en presencia de otros. Debe hablar en voz baja, con un lenguaje verbal y extraverbal adecuados, lo que provocará el respeto de los pacientes y sus familiares al verla respetar a los demás.

Al distribuir los horarios de comidas, de meriendas, de cambio de ropa, de aseo de los pacientes y de sus acompañantes, de visita y otros, hay que conjugar el mantener el bienestar de los enfermos, con la organización del hospital, siempre priorizando a los primeros, que son los que le dan el sentido a esa institución.

Respecto a los horarios de visita en el equipo de salud, se analizará, siempre que sea posible, que no coincidan con los horarios de trabajo de las personas que van a visitar, ya que implica pedir permiso, ausentarse de sus labores o no poder efectuar la visita que es importante para el paciente.

También hay que valorar que el horario no sea tan corto, para que el enfermo pueda compartir con su familia y amigos, ni tan largo que pueda agotarlo e interferir en sus necesidades hospitalarias.

Por otra parte, en dependencia del tipo de enfermo, de sala, hay que precisar la duración de la visita, la cantidad de visitantes y si en ello se debe intervenir, se hará con tacto, a solas y previamente.

En ocasiones, se debe intervenir para sugerir si hay visitantes y acompañantes que dañan la evolución favorable del paciente, entonces hacerlo con mucho cuidado y delimitar con ellos quién o quiénes son los idóneos.

Recordar que la hospitalización es sólo un accidente en la vida de una persona y que la situación que está viviendo requiere de apoyo y comprensión.

En cuanto a la administración de analgésicos se considera que, frente al dolor del paciente, a veces la enfermera se puede ceñir rígidamente a

los horarios programados; otras veces, retrasa su administración para que el enfermo no se despierte. A menudo, ambas acciones se realizan sin hacer una valoración cuidadosa del dolor que refiere el paciente y de lo que éste realmente necesita y desea. Por lo que se suele administrar el analgésico, no cuando el enfermo lo requiere, sino cuando se cumple el horario indicado o cuando es más conveniente para el personal.

Para mejorar la calidad de la atención que prestan las enfermeras, deben estudiar y probar nuevas formas de intervención en beneficio de sus pacientes, para ello, estos deben dar su consentimiento informado.

El secreto profesional es una de las obligaciones principales en el juramento de las enfermeras. Es un tipo de secreto confiado, que el paciente comunica por razón de su condición y existe implícito con el profesional de no revelarlo.

En algunas ocasiones se comentan con ligereza o innecesariamente hechos de la vida de los enfermos que, a juicio de las personas que lo hacen, pueden no tener ninguna importancia, pero que para el paciente tienen gran significación. Además, estos comentarios pueden perjudicar a otros pacientes y perder la confianza en el personal que lo atiende.

Ante el enfermo grave, que se supone que pronto puede morir, en ocasiones ocurre que la enfermera lo visita cuando debe realizar los controles y tratamientos de rutina. Se centra en la ejecución de técnicas y evita la relación interpersonal. ¿Por qué?, quizás por temor, ya que muchas veces no está preparada para permanecer junto al paciente que muere. De la enfermera demanda la relación personal, afectiva: que lo escuche, sentirla cerca, de modo que pueda decirle incluso, sin palabras, “estoy contigo en este momento decisivo”.

El cuidado del enfermo moribundo conlleva aspectos éticos que la enfermera debe conocer y practicar para que, hasta el último momento de su vida, el paciente reciba la atención que merece por su condición humana y pueda morir con dignidad.

Bibliografía

- Albarracín Teulón, A. (1987): La relación médico-paciente, fundamento de la ética médica. En *Lecciones de Bioética: Memorias del I curso de Deontología Médica* organizado por la Academia de Alumnos Internos de la Facultad de Medicina. Editorial Secretariado de Publicaciones, Valladolid.
- Alonso, M. D., V. Smith y A. Ramírez (1989): *Ética y Deontología médica*. Editorial Pueblo y Educación, La Habana.
- Castillo, Valery A. (1987): *Los derechos de las personas enfermas*. Disinlimed C. A., Venezuela.
- Cuba. Ministerio de Salud Pública. *Carpeta Metodológica*, La Habana, 1996.
- Driane, J. (1990): *Método de Ética Médica*. Bol of Sanit Panam 108 (5-6).
- Freedman, A., Kaplan, H., Sadock, B. (1982): *Tratado de Psiquiatría*. T1. Editorial Científico-técnica.
- García, D. (1988): *Ética Médica: Los cambios en la relación médico-enfermo*. Departamento de Salud Pública e Historia de la Ciencia.
- Goie, G. (1995): *Ética de la relación médico-paciente*. En *Cuadernos del programa regional de Bioética*. OPS, Washington.
- Gómez Sancho, M. (1996): *Cómo dar las malas noticias en medicina*. Grupo Aula Médica S.A., Madrid.
- González Menéndez, R. (1979): *Relación médico-paciente*. En *Psicología para médicos generales*. Editorial Pueblo y Educación, La Habana.
- Heras, J. de las (1993): *Relación médico-paciente*. En *Manual de Bioética General*. RIALP, Madrid.
- Ilizastigui Dupuy, F., L. Rodríguez Rivera (1994): *Método clínico*. En *Filosofía y Salud*, t 2. Villa Clara.
- Jordán Maspons, A., M. Martín y L. Gil Bledo (1989): *Psicología. Folleto complementario, stress, psicoterapia y la entrevista*. Editorial Pueblo y Educación, La Habana.
- Kotton, M. H. (1995): *Relación médico-paciente*. En *Introducción a la Bioética*. Ed. Universitaria, Chile.
- Lara, M. del C. y R. de la Fuente (1990): *Sobre el consentimiento informado*. Bol of Sanit Panam 108 (5-6).
- Leyva Marín, Y. (1994): *Algunos temas sobre sexualidad*. Editorial Ciencias Médicas, La Habana.
- Masters William, H., Virginia E. (1985): *Respuesta sexual humana*. Editorial Científico-técnica, La Habana.
- Monroy de Velasco, A. (1988): *Salud, sexualidad y adolescencia*. Editorial Pax, México.
- Morales Calatayud, F. (1999): *Psicología de la salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo*. Editorial Pueblo y Educación, La Habana.
- Núñez de Villavicencio Porro, F. (1987): *Frustraciones, conflictos y mecanismos de defensa*. En *Psicología Médica*. T1. Editorial Pueblo y Educación, La Habana.
- _____ (1987a): *Relación médico-paciente*. En *Psicología Médica*. T2. Editorial Pueblo y Educación, La Habana.
- Pellegrino, E. D. (1990): *La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica*. Bol of Sanit Panam 108 (5-6).
- Polaino-Lorente, A. (1993): *Manual de Bioética General*. RIALP, Madrid.
- Shezhnevski A. V. (1987): *Manual de Psiquiatría*. Editorial Mir, Moscú.
- Silver, T., M. Magdaleno y E. Suárez (1992): *Manual de medicina de la adolescencia*. OPS, Washington.

- Solá, C., A. Montserrat, J. Guix y L. Nualart (1996): Mejora de la información y comunicación sistemática a pacientes y familiares de una unidad de cuidados intensivos. *Rev Calidad Asist.*
- Valdés Mier, M. (1987): *Psicogeriatría*. Editorial Ciencias Médicas, La Habana.
- Vilardell, F. (1990): Problemas éticos de la tecnología médica. *Bol of Sanit Panam* 108 (5-6).
- Villamizar, E. (1995): Atención a los derechos del enfermo terminal: la transición hacia lo cualitativo. En Cuadernos del programa regional de Bioética. OPS, Washington.
- Weil, A.(s/a): *La curación espontánea*. Vintage español. Una división de Random House.