



AREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 2 – Primavera 1995

Apuntes sobre la relación médico-paciente en medicina, general

Manuel del Castillo Pardo

Ángel Antoñanzas Lombarte

(¹)

Hace ya algunos años, muchos médicos de cabecera pensábamos, y todavía lo pensamos hoy, que sería posible transformar la tan deteriorada relación médico-paciente en la medicina general pública de este país, en otra más gratificante para el profesional, más personalizada y humana para el paciente, y, sobre todo, más adecuada para orientar de una forma positiva los problemas expresados en la consulta. En el presente artículo, queremos referirnos a tres de los aspectos que, a nuestro juicio, están desempeñando un papel más importante en este proceso: el encuadre institucional, la influencia de la formación médica, y los propios elementos internos de la relación médico-paciente.

Masificación y burocratización fueron los paradigmas de las consultas de los médicos generales durante años. Bastante de esto, no obstante, ha cambiado, creemos que para mejor, en la actualidad. La introducción de la historia clínica ha ayudado a tener siempre presentes los factores psicosociales, familiares y ambientales de los pacientes, la citación con nombre y apellidos ha contribuido a acabar con la idea del paciente expresado como un número, el mayor confort en las instalaciones, la mejora del espacio o de la luz, han ayudado también a personalizar la relación médico-paciente.

Están aún presentes, sin embargo, en este momento, en muchos centros de atención primaria de la red sanitaria pública, algunas condiciones del encuadre institucional, que

¹ Manuel del Castillo Pardo y Ángel Antoñanzas Lombarte son médicos de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Sur. Insalud. Zaragoza.

actúan de una forma limitante. El factor tiempo es quizás el más importante de todos ellos, especialmente en los centros ubicados en las zonas muy pobladas de las grandes ciudades.

El tiempo, es verdad, constituye un factor necesario, pero no suficiente para garantizar una buena comunicación entre el médico y el paciente. Otros aspectos, que después comentaremos son quizás más importantes para que se dé este tipo de comunicación. Sin embargo, cuando el tiempo es limitado, es más probable que el médico se centre exclusivamente en lo somático, o que deje menos terreno para la expresión de los sentimientos de la persona que consulta.

Dejar que el paciente exprese sus emociones, sus preocupaciones, es algo que requiere de una determinada actitud del médico. Escuchar, ponerse en el papel del otro, participar de los sentimientos del consultante, no son cualidades que dependan de la disponibilidad de un mayor o menor tiempo, pero un encuadre de tiempo y espacio suficiente se precisa, para que el médico se instale en la mejor actitud de escucha y atención posibles, que le permitan percibir, de esa persona única y diferente que tiene delante, aquello único y diferente que quiere o puede expresar.

Respecto al modelo de formación médica y su influencia en la relación médico-paciente, podríamos comenzar por preguntarnos: ¿Cuál ha sido hasta ahora el modelo de aprendizaje en la investigación del diagnóstico? Diagnóstico significa etimológicamente conocimiento, pero, ¿conocimiento global o parcial?. Tradicionalmente, el diagnóstico se ha centrado en la queja física. Las obras clásicas de medicina describen de manera meticulosa, y en ocasiones inconexa, signos y síntomas del paciente. El modelo, que apenas tiene coherencia evolutiva en la historia natural de la enfermedad, difícilmente puede promover la integración de la queja en la verdadera historia del paciente.

El enfermo ha quedado aislado y apartado de sus síntomas; a ellos, el profesional los ha integrado en una enfermedad y habitualmente los devuelve a manera de información *impersonal*.

La disgregación de la profesión en "superespecialidades" hospitalarias, remarca todavía más este modelo de enseñanza; los estudiantes de medicina y los licenciados que pretenden una formación en Medicina de Familia, en caso de perpetuar el aprendizaje de relación maestro-alumno estereotipada, buscan la causa y erradicación de la enfermedad física con indiferencia hacia la comprensión global de la persona.

¿Qué ocurre en lo psíquico, en lo anímico?. El sistema tiende a esquematizar la singularidad, privando a los individuos de su especificidad psíquica. Las entrevistas dirigidas, los test, los cuestionarios cerrados que investigan el supuesto malestar psíquico del paciente, encuadran, encierran, aíslan la queja, clasificando al paciente en una determinada enfermedad, y aplicándole posteriormente normas y técnicas que, siendo similares para todos, hagan más cómoda la intervención del profesional, aliviando su ansiedad.

La indefinición, el suponer anónimo al consultante, el profesional pertrechado en las defensas que para él han creado los expertos, son situaciones que se convierten en el

modelo habitual de la práctica médica, avaladas por parecidas formas en las "relaciones humanas" predominantes en la actualidad, que tienen su última causa en la incomunicación.

La incomunicación' como proceso que niega la realidad de manera perjudicativa o judicativa (Castilla del Pino). El profesional tiene miedo a la realidad del paciente -podría "colarnos" algo que duela- pero, la realidad "inaceptable" no debe ser inaceptada. Queramos o no, esa realidad es una realidad.

¿Qué respuestas son las más frecuentes, ante las demandas de los pacientes, en nuestras consultas habituales? He aquí algunas que consideramos derivadas, predominantemente, del modelo de enseñanza:

1. Una respuesta sustentada en la relación maestro-alumno (modelo hospitalario): después de una anamnesis meticulosa, dirigida, en ocasiones penetrante, como jugando a seducir, el profesional tiende a ofrecer recursos tecnológicos que aíslan el síntoma de su auténtico significado, en ocasiones estructurándolo en una enfermedad descrita en las enciclopedias más utilizadas (M. Balint: organizando la enfermedad). La respuesta, junto con el fármaco, será el consejo o reconfortar con un "eso no es nada".

2. La respuesta sustentada en las ansiedades y necesidades del profesional, abrumado por los avances técnicos, por la evolución de los conocimientos en la última década del siglo XX, integra la queja dentro de un subsistema, "eficaz y de intervención directa", basado en datos epidemiológicos, investigaciones en salud pública, economía sanitaria y años vividos-años perdidos, llamado protocolo más en consonancia con las necesidades del propio médico y su justificación, que con la del propio paciente.

Así el paciente que acudió consultando por insomnio, después de ser pesado, tallado, interrogado por preguntas que sólo aportan respuestas y debidamente explorado, se llevará un consejo: "no beba tanto", "no debería comer grasas", que, si bien son aspectos saludables en el estilo de vida contemporáneo, poco tienen que ver con la singularidad de aquel paciente que consultaba por insomnio.

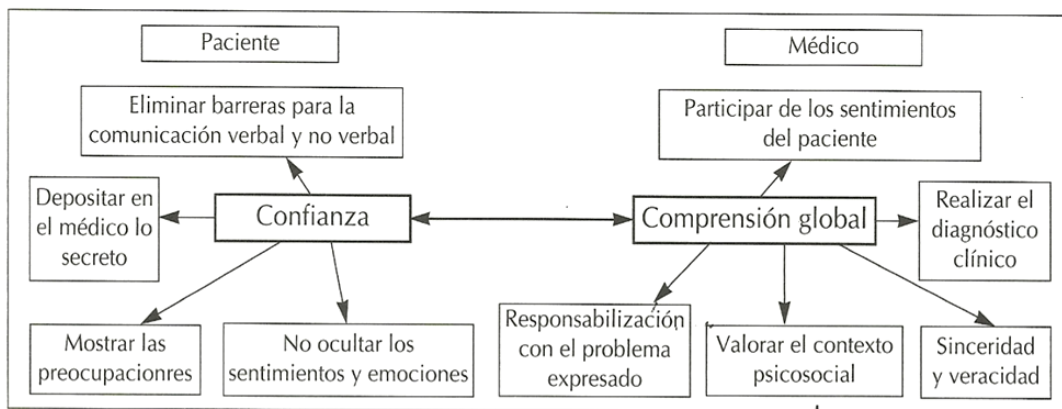
3. En muchas otras ocasiones, la respuesta viene derivada de conflictos institucionales producidos por la misma organización de la Sanidad Pública. Problemas de horarios, salarios, número de pacientes a atender, indefinición de objetivos dentro de los equipos y sus estamentos, anteceden a una respuesta más escueta: el paciente se encuentra con un "no moleste".

El encuadre externo, a veces poco adecuado, y nuestra formación médica dirigida a atender preferentemente los aspectos biológicos de los consultantes, pueden conducirnos, en ocasiones, a vivir al paciente como un enemigo. Especialmente los pacientes que nos presentan día tras día sus quejas, como expresión del malestar por aspectos de sus vidas, que no se comunican en el aquí y ahora de la consulta, provocan en el médico sentimientos de frustración, por no ser capaces de ayudar al paciente, y rechazo por la angustia y la culpa que transmiten, a veces, difícil de contener.

En estos casos, nuestra capacidad para contener la ansiedad y para escuchar, la permeabilidad para captar las emociones, y la auto observación de los propios sentimientos, generados por el paciente, es lo que nos puede permitir un abordaje distinto a la respuesta rápida o al tratamiento farmacológico sintomático, que no consiguen otra cosa que perpetuar la situación y favorecer la repetición de las mismas quejas, una u otra vez.

Otras veces, es el miedo a enfrentarnos con situaciones difíciles de los pacientes, que remueven en nosotros emociones o sentimientos, lo que nos retrae para profundizar más allá de la queja o del síntoma. Sin embargo, permitir que afloren estos sentimientos, como reflejo de las emociones o sentimientos del paciente, y ser capaces de dominarlos, puede ayudar a los pacientes a enfrentar de una forma más positiva la situación.

El resultado positivo de la relación médico-paciente, entendido como conseguir la movilización de los mejores recursos posibles del paciente para enfrentarse a su problema, depende de la confluencia de dos condiciones básicas, como muestra el siguiente esquema:



Una de ellas se origina en el paciente: es la confianza en el médico. Confianza en el sentido de esperanza en el otro, y de depositar lo más secreto y personal en el médico.

La otra condición parte del médico y es la comprensión, en el sentido de encontrar naturales los sentimientos del otro, de contener, de incluir dentro de sí. Ambas condiciones son especulares en la relación médico-paciente. La confianza puesta en el médico elimina barreras para la comunicación verbal y no verbal, permite que se muestren los sentimientos y emociones, poniendo a disposición del médico la parte más personal y las preocupaciones más íntimas, comunicación ésta, imprescindible para una comprensión global del paciente.

La comprensión del paciente, por parte del médico, implica la capacidad, no solamente de relacionar sus síntomas, llevando a cabo un diagnóstico de la enfermedad, sino también de ubicar la dolencia en un ser humano, de participar en cierta medida de los sentimientos del paciente, de interiorizar dentro de sí su problema, de contener una respuesta rápida que le libere de la responsabilidad, de ser veraz y sincero en la información, de escuchar un poco más allá de las palabras que comunica el paciente. Todo ello es lo que, dirigido al paciente, moviliza en él sentimientos de confianza.

Para comprender mejor al paciente, es necesario mejorar la capacidad de captar, a través de la sensibilidad, lo que significa ser como esa persona que está delante, superando las limitaciones impuestas por el hecho de ser distintos, de estar separados de ella.

Esto representa un trabajo conjunto entre médico y paciente, y tiene su substrato teórico en lo que M. Klein llama identificación introyectiva y proyectiva.

¿Cómo emplear todas las posibilidades tecnológicas a nuestro alcance, ofreciendo una respuesta científicamente acorde con el desarrollo de la medicina actual, ubicando al paciente en situación de resolver su conflicto como persona?

Aunque parezca contradictorio, puesto que la relación siempre es dinámica, vamos a exponer una posible secuencia ejemplificadora de lo que habría que hacer en una consulta habitual. La secuencia puede alterarse en cualquiera de sus puntos y combinarse en sus enunciados:

- Tratar de contener la ansiedad que provoca la enfermedad en sí misma o la causa subyacente, en ocasiones, de tipo relacional. Esa ansiedad antecede al síntoma y enmascara, a veces, tanto la enfermedad física como el malestar psíquico.
- Considerar al síntoma dentro de un proceso nosológicamente definido por la medicina actual, y ponderar qué beneficios aportará una actuación diagnóstica o terapéutica derivada de su aplicación.
- Considerar la queja "significante" dentro de un "significado" más amplio y global que recoja aspectos biopsicosociales del paciente, para lo cual el médico debe dar al paciente la oportunidad de comunicarse.
- Establecer una relación dinámica de persona a persona con un "toma y daca" continuo.
- Tratar de reconocer la transferencia y contratransferencia. La situación terapéutica es muy propicia para que emerjan sentimientos, provocados por la misma relación personal, en el médico y en el paciente que han de trabajarse. Autores como Ferenczi no sólo reconocen que el médico experimenta gran cantidad de sentimientos sino que recomiendan expresarlos abiertamente en ciertas oportunidades.
- Seguir comunicándose en una relación dinámica, activa y participativa (toma y daca) sobre las fantasías que el paciente tiene de su enfermedad y sus aspectos psicosociales; contener ansiedades, elaborar problemas de culpa, y lanzar hipótesis sobre lo manifiesto que traten de acercarse a lo latente, mejorando la confianza y autoestima del paciente, para que sea capaz de comprender, y si fuera necesario modificar, su realidad (la técnica del flash, E. Balint).

Bibliografía

1. BALINT, M.: *El médico, el paciente y la enfermedad*. Libros Básicos. Buenos Aires, 1986.
2. BALINT, E.: *seis minutos para el paciente*. Paidós, 1979.
3. LUCHINA, Isaac L.: *El grupo Balint. Hacia un modelo clínico-situacional*. Paidós, 1982.
4. SALZBERGER-WITTENBERG, I.: *La relación asistencial. Aportes del psicoanálisis kleiniano*. Amorrortu. Buenos Aires, 1970.
5. CASTILLA DEL PINO, C.: *La incomunicación*. Ediciones de bolsillo, 1970.
6. TIZÓN, J.L.: *Apuntes para una psicología basada en la relación*. Hogar del libro, 1968.
7. TIZÓN, J.L.: *Atención primaria en salud mental y salud mental en atención primaria*. Doyma. Barcelona, 1993.
8. TIZÓN, J.L.: *Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria*. Doyma. Barcelona, 1988.

