

## RELACION MEDICO - PACIENTE

A.GOIC.

---

La relación médico-paciente (RMP) se refiere al encuentro –en su rol de tales – de un médico y su enfermo. Incluye los diversos fenómenos que ocurren antes y durante el encuentro y su efecto sobre el curso de la enfermedad.

La RMP puede ser analizada desde distintos puntos de vista: psicológico, antropológico, fisiológico, histórico, etc. En el presente capítulo nos referiremos a la RMP desde un punto de vista clínico, poniendo énfasis en su importancia para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y en los aspectos técnico-médicos de su manejo.

La RMP es una forma de *relación interpersonal*, con la característica de ser una relación entre un sujeto que solicita ayuda porque sufre de un desorden de su salud – el enfermo-, y otro que dispone de la autoridad, conocimientos y habilidades para prestársela – el médico-. En consecuencia, la RMP es técnicamente una *relación diagnóstico-terapéutica*; por ello es que la primera cualidad de un médico es conocer bien la ciencia y arte de la medicina. Sin embargo, la RMP se sitúa no sólo en el plano del conocimiento técnico, sino que incluye aspectos afectivos, sociales, éticos y espirituales.

Además del conocimiento y habilidades específicas, probablemente el factor más importante en la RMP se conjuga en el plano afectivo o de los sentimientos. Esto es válido para cualquier enfermedad, pero lo es particularmente en las numerosas afecciones que no obedecen a alteraciones estructurales, sino que a alteraciones funcionales del organismo derivadas de desordenes en la vida emocional de los enfermos. En la RMP, como en toda relación interpersonal, se generan entre las partes sentimientos positivos o negativos (amistosos u hostiles) que, en buena medida, determinan el éxito o fracaso de la relación sea positiva (amistosa), lo que favorecerá el manejo del enfermo y el tratamiento. Esto no se logra exclusivamente con buena voluntad, modales educados o simpatía, aún cuando éstos son atributos indispensables en la RMP; requiere, además, que el médico tenga un genuino interés en el individuo enfermo, conozca los diversos elementos en juego en la RMP y emplee técnicas destinadas a conducirla en una dirección favorable.

Para lograr: una RMP favorable es requisito básico que el médico considere a su enfermo como una persona dotada –igual que él- de una vida íntima (*relación interpersonal*) y no como un mero objeto de conocimiento y manipulación terapéutica (*relación impersonal*).

Conocimientos y habilidades médicas, disposición amistosa, genuino interés en el enfermo y respeto por su condición de persona, constituyen la base fundamental de la RMP. La impersonalidad en el trato, la actitud de juez o la petulancia del médico, la perturban seriamente.

### Componentes Sociales de la RMP.

En la RMP participan diversos factores sociales. Tanto el médico como el enfermo pertenecen a un determinado estrato de la sociedad y manejan sus propios hábitos, valores y lenguaje. Cuando ellos son muy diferentes y debido a una comunicación inadecuada, pueden interferir en la RMP.

La consulta del médico está inserta en un medio social, llámese país, ciudad, comuna o barrio; por privada que sea la oficina en que se desarrolla la RMP, están presentes influencias históricas, sociales y culturales en la persona de los protagonistas y en el lugar de encuentro. El significado social de la consulta privada, por ejemplo, es diferente al de la policlínica institucional pública.

La decisión del enfermo de recurrir al médico está, en parte, determinada social y culturalmente. Algunos sujetos que padecen síntomas importantes no consideran que están enfermos y, por consiguiente, no consultan o lo hacen tardíamente; otros, en cambio, recurren prestamente al médico por síntomas triviales, sin importancia patológica. En la elección del médico que se va a consultar también intervienen factores sociales; ubicación geográfica, pertenencia a un grupo social, status económico, referencia de personas socialmente relacionadas, etc.

El modo de ser del médico está modulado por factores sociales complejos: algunos médicos actúan preponderadamente por un espíritu de servicio y de ayuda al prójimo; otros, por afán de prestigio o poder; a otros los motiva el lucro, etc. El modo de ser de un médico no es ajeno a su modo de ser persona, ya que sus actitudes y conducta profesional están fuertemente condicionadas por el modelo familiar, social y cultural en que fue educado.

La modalidad de acceso del enfermo a la atención médica y el modo social del médico de ejercer la medicina tienen un condicionamiento social. La estructura de la asistencia médica varía de una sociedad a otra por decisión social. Hay enfermos que acceden a la atención médica a través de la libre

elección del médico, en tanto que otros tienen que atenderse obligadamente con un médico que le es desconocido; unos pagan directamente su atención profesional, otros por sistemas de prepago y a otros se les atiende como indigentes. En la práctica, es distinta la conducta médica en la consulta privada que en la policlínica institucional; en ambas situaciones la RMP adquiere connotaciones diferentes. La solicitud de exámenes de laboratorio o la prescripción de medicamentos es también diferente según el modelo social de la atención médica. En la actividad privada, por ejemplo, se prescribe una mayor variedad de medicamentos, de diferente presentación y costo, que en la policlínica institucional.

Todos estos ejemplos muestran cómo el tipo de organización social y los factores socioculturales forman parte constitutiva de la RMP, aún cuando en la actividad rutinaria los médicos no estemos muy conscientes de su presencia. El médico debe conocer los patrones culturales de la comunidad en que ejerce y los de sus distintos estratos sociales, para poder adaptar su conducta y lenguaje al enfermo que atiende, sin dejar de preservar los valores de la RMP, cualquiera sea el modo social de ejercer su profesión.

### ***Componentes éticos de la RMP.***

La RMP tiene también importantes componentes éticos. En la esencia del rol del médico hay un compromiso ético: prestar ayuda y tener como única meta el bien del enfermo. Para el médico constituyen exigencias éticas la preparación técnica adecuada y el perfeccionamiento profesional continuo; la disposición amistosa; la diligencia en la atención del enfermo y el respeto por su persona, cualquiera sea su condición económica o social o sus creencias religiosas o políticas. De hecho, en cada momento de su actuación profesional el médico está adoptando comportamiento y decisiones éticas: al responsabilizarse del tratamiento de un enfermo o derivarlo a otro médico; al ejecutar u omitir determinados procedimientos; al prescribir la actividad o reposo; al contar al enfermo toda la verdad sobre su enfermedad o silenciarla si estima que hacerlo puede agravar su condición o angustiarse; al guardar o romper el secreto profesional; al mantener o suspender todo tratamiento activo a un paciente desahuciado; al decidir el monto de los honorarios, etc. Estos son algunos de los múltiples ejemplos de decisiones médicas basadas en la ética. Desde el punto de vista del paciente, es también una decisión ética la disposición a colaborar con el tratamiento médico para restablecer su salud y reincorporarse a su trabajo o actividad social.

De alguna manera los elementos éticos –que se sustentan en exigencias de la naturaleza humana– tienen una vinculación con la vida espiritual o religiosa. El ser humano no vive para estar sano para poder cumplir sus anhelos personales y su rol social, lo que incluye su desarrollo espiritual. La enfermedad es sólo un accidente en su vida; pero, en cuanto implica dolor o sufrimiento, tiene siempre alguna repercusión sobre la vida espiritual y, para los creyentes, un significado trascendente. Hay afecciones que se originan en problemas espirituales, en un conflicto moral o una crisis existencial, por lo que el tratamiento debe dirigirse a la esfera espiritual del enfermo (logoterapia de Frankl). En su actuación profesional el médico debe respetar la vida espiritual y religiosa de sus enfermos y satisfacer estas necesidades cuando las circunstancias o los pacientes lo requieran.

### ***Manejo de la RMP:***

Para un adecuado manejo de la RMP, el médico debe tener presente que las emociones ocupan un primer plano en la relación con su enfermo.

Todo paciente es, en mayor o menor grado, un ser angustiado por su enfermedad debido a la incertidumbre que tiene sobre su naturaleza y pronóstico. Corresponde al médico contribuir a aliviar la angustia del enfermo y no acentuarla o generar nuevas angustias (*iatrogenia*). Para ello debe ser prudente en lo que dice y tener control sobre sus expresiones faciales y corporales: su rostro nunca debe expresar asombro o alarma ante un síntoma que relata al paciente ni el hallazgo de un signo grave durante el examen físico, ni tampoco reproche o escándalo por alguna confidencia de la anamnesis.

En la RMP no sólo están en juego las emociones del paciente, sino que también las del médico. Este debe conocer los rasgos de su propia personalidad y emociones, de modo que domine reacciones inadecuadas que pueden dañar la RMP. Por ejemplo, no debe responder con hostilidad a las actitudes o expresiones hostiles del enfermo, sino que averiguar cuál es su origen. En la gran mayoría de los casos la hostilidad aparentemente dirigida al médico es expresión de sentimientos agresivos hacia alguna persona emocionalmente importante para el paciente (ver hostilidad).

La RMP no se da únicamente en el plano emocional subjetivo, sino que también induce modificaciones fisiológicas en el enfermo, cuya dirección puede favorecer o ir en detrimento de su enfermedad. El médico debe contribuir para que los cambios fisiológicos ocurran en una dirección que favorezca la evolución de la enfermedad. La atenuación de la angustia, por ejemplo, modifica la tensión muscular, la secreción de adrenalina y noradrenalina, la eliminación de electrolitos en la orina, etc.

La separación entre diagnóstico y tratamiento, aunque metódicamente necesaria, es artificial, ya que ambos procesos en la práctica están estrechamente relacionados. Se ha dicho que el primer acto de tratamiento es el acto de dar la mano al enfermo (Von Leyden), lo que es cierto. Pero, probablemente, el efecto terapéutico comienza antes del encuentro médico-paciente, cuando el enfermo decide consultar a determinado médico. La autoridad y prestigio del médico crean la expectativa en el paciente de que el médico lo va a sanar, lo que implica una disposición anticipada de colaboración con el tratamiento y favorece la mejoría. La anamnesis, un instrumento diagnóstico por excelencia, es, además, un importante instrumento terapéutico y técnica clave para el manejo de la RMP. A través de la anamnesis, el paciente relata sus síntomas y expresa sus sentimientos, de preferencia verbalmente. Es necesario que el médico dé la oportunidad al enfermo de relatarlos, lo que requiere de tiempo y paciencia. La prisa del médico es un factor negativo para la RMP. Es un error, también, atiborrar al enfermo con una sucesión de preguntas o interrumpir innecesariamente su relato. En la anamnesis debe ser el enfermo y no el médico el que hable la mayor parte del tiempo: la locuacidad del médico bloquea la obtención de datos anamnésicos importantes para el diagnóstico.

Es tarea del médico investigar el *significado de los síntomas*. Una diarrea, un dolor precordial o una cefalea pueden originarse en una alteración estructural de las vísceras por infección, inflamación, isquemia, neoformación, etc.: Pero iguales síntomas pueden generarse o agravarse por una alteración de la fisiología, motivada por problemas psicológicos.

El significado de un síntoma únicamente puede identificarse si se investigan sus características semiológicas así como su eventual relación con la personalidad y conflictos psicológicos del paciente. Mal podría decir un médico a su enfermo: “No se preocupe, no tiene nada en el corazón”, si no ha efectuado un examen cardíaco; del mismo modo, cuando no comprueba patología orgánica no puede decir al paciente: “No se preocupe, no tiene nada”, si no ha examinado su vida emocional.

Los síntomas funcionales tienen características semiológicas que los distinguen de los similares de causa orgánica. Por ejemplo, la diarrea funcional no contiene pus ni sangre, es habitualmente diurna, frecuentemente matinal, y no compromete el estado general. Sin embargo, para entender su origen es necesario, además, investigar la existencia de síntomas emocionales concomitantes y precisar las circunstancias de vida del enfermo en que apareció la diarrea (ver síntomas funcionales).

La observación atenta de las expresiones verbales y no verbales del paciente durante la anamnesis es la técnica que permite al médico identificar áreas que son emocionalmente significativas para el paciente. Por ejemplo, las afirmaciones exageradas o fuera de contexto o el silencio prolongado ante una pregunta relativa a su vida personal, pueden poner al médico en la pista de un conflicto en las relaciones interpersonales del enfermo, sea en el ámbito personal, familiar o laboral. Lo mismo puede indicar una reacción facial o corporal inusitada durante el relato. Estos indicadores de perturbación emocional han sido comparados con la auscultación de la rodada diastólica de la estenosis mitral: es un signo auscultatorio que cuesta percibir y para lograrlo se requiere de un entrenamiento previo del oído; sin embargo, cuando se tiene la certeza de haberlo escuchado, permite hacer con seguridad el diagnóstico anatómico de estrechez de la válvula. Del mismo modo, los indicadores emocionales durante la anamnesis son difíciles de percibir y requieren de un entrenamiento previo del médico; pero si tenemos la certeza de percibirlos, nos indican con seguridad un área de significación emocional para el enfermo (Wolf).

La investigación de una eventual *relación temporal entre la iniciación o exacerbación de un síntoma y un stress psicológico* tiene gran valor para diagnosticar la naturaleza emocional de una enfermedad. Procediendo de esta manera, el paciente puede percatarse de la relación entre sus síntomas y el stress, sin que el médico necesariamente se lo explique.

Cuando el médico deja hablar al paciente e investiga su vida personal, obtiene un mayor número de datos anamnésticos e información más pertinente para el diagnóstico, al mismo tiempo que está ejerciendo una valiosa acción terapéutica. Sin embargo, el efecto terapéutico no se obtiene si previamente el médico no ha averiguado qué es lo que realmente preocupa al paciente; la preocupación real del enfermo puede no estar en el síntoma por el que consulta, sino que en una situación conflictiva en su vida personal; el síntoma, en

este caso, es sólo una expresión somática de ese conflicto.

En el caso de que los síntomas se relacionen con un stress psicológico, la verbalización por el enfermo de sus sentimientos y emociones tiene reconocido efecto terapéutico al atenuar su angustia (*ventilación emocional*).

Por otra parte, un examen físico completo y minucioso, además de que permite la pesquisa de signos indispensables para el diagnóstico, tiene efecto terapéutico en la medida que acrecienta la confianza en un médico “que no deja nada por revisar”. Esto a su vez refuerza la credibilidad en el diagnóstico que formulará el médico.

Si el médico ha procedido a efectuar una anamnesis centrada tanto en los síntomas como en la persona del enfermo y un examen físico completo, su formulación diagnóstica será más exacta y más digna de fe. Al explicarle la naturaleza de la enfermedad y su pronóstico, estará prestando apoyo psicológico y tranquilidad al paciente, dos elementos terapéuticos de gran eficacia. Las prescripciones médicas serán en consecuencia mejor cumplidas y más efectivas y aumentará el efecto *placebo* de los medicamentos. Así, a través de una RMP positiva las expectativas previas a la consulta y la confianza del enfermo en la capacidad del médico para sanarlo se habrán acrecentado.

Por su importancia diagnóstica y terapéutica, y en tanto exista una práctica humana del arte de curar, la RMP constituye una herramienta irremplazable para el ejercicio de la medicina.