

Carlos Tena Tamayo, Francisco Hernández Orozco. LA COMUNICACIÓN HUMANA EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE. Segunda Edición, Ed. Prado. México, 2007.

CAPÍTULO 9. RESUMEN

LA CLÍNICA COMO LENGUAJE Y LA COMUNICACIÓN EN CIRCUNSTANCIAS DIFÍCILES. Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg, Dra. María Georgina Andrade Morales.

Un paciente “difícil” es aquel que exige del médico poner en práctica muchas habilidades que no suelen formar parte de sus acciones cotidianas (si bien –aunque no es tema de este capítulo- consideramos que muchas veces las dificultades en la relación médico-paciente pueden provenir más bien de “médicos difíciles”). Lo que es claro es que el esfuerzo para adaptarse a estas circunstancias “difíciles” debe provenir del médico. Un paciente puede ser “difícil” debido a sus características personales, porque su diagnóstico no es evidente o porque su terapéutica es compleja.

EL DIAGNÓSTICO DIFÍCIL

El diagnosticar no siempre resulta sencillo, pues el padecimiento puede estar integrado simultáneamente por varias enfermedades (comorbilidad), no cumplir con todos los criterios requeridos o expresarse de manera atípica. Un antiguo aforismo clínico dice que lo más importante para hacer un diagnóstico es haber pensado en él, por lo que es frecuente que sea difícil hacer un diagnóstico en enfermedades de baja prevalencia, en fases tempranas del padecimiento, o cuando los síntomas son inespecíficos (fiebre, malestar general, astenia, etc.) y no específicos (ictericia, tumor, exantema, etc.). Una causa común de diagnóstico difícil se ubica en la falta de información obtenida por el médico de una historia clínica deficiente e insuficiente.

LIMITACIONES DE LA COMUNICACIÓN QUE OCASIONAN BARRERAS ENTRE EL MÉDICO Y EL PACIENTE

- 1. Limitaciones orgánicas del paciente.** En ocasiones la comunicación con el paciente se hace indirectamente (a través de la familia, etc.) debido a deficiencias físicas como hipoacusia, demencia, psicosis o afasia. No obstante, el médico tendría que intentar relacionarse con el enfermo de alguna manera, a pesar de sus limitaciones.
- 2. Limitaciones intelectuales o culturales.** Es responsabilidad del médico adaptarse a las circunstancias del paciente con deficiencia intelectual, demencia, analfabetismo o privación cultural, para obtener información y establecer una relación médico-paciente satisfactoria.
- 3. Las malas noticias.** En el pasado se consideraba que había que ocultar las malas noticias a los pacientes, pero actualmente se considera que es un derecho de los pacientes el conocer la verdad, además de que ello fomenta la autonomía. No obstante, identificamos al menos dos tipos de pacientes: los *evitadores*, que prefieren no saber y los *controladores*, que exigen la información. Es prerrogativa del médico valorar la comunicación de *la verdad* en el momento, la secuencia, la gradualidad y el ritmo más

adecuado, pensando en producir el menor daño posible. Nosotros consideramos que el involucramiento afectivo del médico con el paciente y la familia no es perjudicial (no así el *sobreinvolucramiento*) y que el médico debe estar al tanto de las fases del duelo (Kübler-Ross) para, por ejemplo, entender que puede ser blanco de reacciones agresivas del enfermo y la familia.

4. **La transformación social.** La disponibilidad de información y los hábitos “consumistas” en la población ha fomentado que muchos pacientes se vuelvan más exigentes, críticos, y desconfiados (pacientes “difíciles”), en lo que se ha llamado “el movimiento emancipador de los pacientes contra la yatrocracia”.
5. **Peculiaridades conductuales.** La conducta peculiar de los pacientes se relaciona con sus características de personalidad. El identificar estas características ayudará al médico a adecuar la relación médico-paciente a cada caso individual. Por ejemplo, pacientes *dependientes y demandantes* (el médico debe establecer desde el inicio reglas claras de tiempo y condiciones de atención y estar consciente de que ellos pueden desarrollar conductas pasivo-agresivas, causando que el médico experimente frustración y angustia), pacientes *ordenados y controladores* (el médico debe compartir de manera extensa la información, intentando disminuir los sentimientos de ansiedad y desamparo del paciente), pacientes *histriónicos* (ante las conductas seductoras de estos pacientes, el médico deberá hacer hincapié en emplear un estilo de atención formal y profesional), pacientes *impulsivos* (suelen ser pacientes demandantes y fácilmente agresivos, por lo que el médico debe establecer desde el inicio límites bien definidos) y pacientes de *prototipos variados*, que dificultan la relación médico-paciente, como el paciente contradictorio, el evasivo, el vago e impreciso, el hostil, el exigente y crítico, el angustiado, los pacientes facticios y los simuladores, así como los paciente antisociales.
6. **El médico como paciente.** La cultura y la actitud de los médicos los vuelve pacientes difíciles. Los hay indolentes, hipocondriacos, autosuficientes o demandantes. Un abordaje útil es solicitarles que asuman su papel de pacientes, y ofrecerles información objetiva que les ayude a participar en la toma de decisiones.

ALGUNOS LINEAMIENTOS

Algunas recomendaciones generales para abordar a los pacientes difíciles (amén de que el médico debe usar sus conocimientos y habilidades para adaptarse a cada paciente en particular) son, por ejemplo, el *explorar las expectativas* del paciente siempre desde el inicio (en algunos casos se tratará de satisfacerlas, pero en otros habrá que acotarlas), el mantener una actitud *profesional*, mostrar *interés auténtico* por el paciente, evitar aplicar *juicios de valor* y el buscar *alianzas con la familia* cuando ello represente un beneficio en pro del enfermo. En la atención del paciente difícil es en donde se puede ver la verdadera habilidad de los clínicos.

ACTITUDES ÉTICAS EXIGIDAS POR LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Las siguientes son actitudes, habilidades y hábitos necesarios para que el médico pueda resolver de manera adecuada los problemas médicos y ético-clínicos que afronte en su práctica:

1. La preocupación primordial del médico debe ser el bienestar de su paciente.
2. El médico debe proporcionar a su paciente una atención integral.
3. El médico debe estar atento a los requerimientos físicos, emocionales, culturales y sociales de su paciente.
4. El médico debe ser capaz de afrontar ansiedad, temores y agresividad de su paciente, y responsabilizarse de otorgarle una atención médica adecuada.
5. El médico debe reconocer sus propias limitaciones: pedir ayuda cuando sea necesario y abstenerse de realizar procedimientos con los que no esté familiarizado.
6. El médico debe responsabilizarse de educar al paciente y su familia para el manejo y la toma de decisiones que la enfermedad implica.
7. El médico debe tratar de reducir al mínimo el costo de la atención médica de su paciente.
8. El médico debe participar, de acuerdo a su habilidad y destreza, en la educación de estudiantes, residentes y otros profesionales de la salud.
9. El médico debe estar al día, con educación médica continua.
10. El médico debe tener un conocimiento claro y preciso de la enfermedad para poder explicar todos los aspectos del padecimiento a su paciente.

El modelo tradicional *paternalista* de la relación médico-paciente que fomenta la imagen de onnipotencia y benevolencia del médico, se enfrenta con el interés actual por rescatar los valores humanistas que han quedado opacados por una medicina tecnológicamente sofisticada y despersonalizada. Así también, el papel pasivo-dependiente y receptivo del paciente que fomenta el modelo paternalista, se enfrenta con el *principio de autonomía*, que la medicina actual reconoce como el derecho del paciente a intervenir en la toma de decisiones médicas. Dicho *principio de autonomía* puede verse concretado en la práctica clínica en formas como las que se describirán a continuación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es la condición ética que otorga validez a todas las investigaciones científicas en seres humanos. El médico debe comunicar los cuatro puntos básicos de este consentimiento: **a)** finalidad, **b)** beneficios, **c)** riesgos, **d)** alternativas de los medios diagnósticos o terapéuticos propuestos.

PARTICIPACIÓN INFORMADA

Se refiere al proceso que incorpora activamente al paciente en todo el trayecto de la toma de decisiones, especialmente en lo referente al tratamiento. Debe incluir los siguientes puntos: **1.** Establecimiento recíproco de responsabilidades, **2.** Definición de los problemas considerando el punto de vista del paciente, **3.** Definición de objetivos del tratamiento y de las conductas adecuadas para realizarlo, **4.** Seguimiento y control para que se lleve a cabo el tratamiento.