

**Universidad de Ciencias Médicas
“ Celia Sánchez Manduley”**



Título: Enfoque integral de la relación médico – paciente en afecciones agudas, crónicas y en estadio terminal.

Autores:

- ✚ Lic.Rita González Sábado. MSc.****
- ✚ Lic.Alberto Martínez Cárdenas. MSc.*****
- ✚ Osbel Martínez González.******
- ✚ Asdel Martínez González*******
- ✚ Lic. Yolennis Cañete Rojas.********

**** Lic en Psicología. Máster en Medicina Bioenergética. Profesora Auxiliar.***

***** Lic en Psicología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Auxiliar.***

******Estudiante 3er año de Medicina. Alumno ayudante de Medicina General Integral.***

******* Estudiante 4to año de Medicina. Alumno ayudante de Medicina General Integral.***

******** Licenciada en Sociología. Especialista en Docencia Universitaria. Profesora Auxiliar.***

Introducción

Dentro de las relaciones humanas, la relación médico-paciente (RMP) es una de las más complejas e intensas, ya que tanto paciente como médico dependen mutuamente del saber del otro, de su deseo de sanar y de su compromiso en el proceso terapéutico. Es una interacción entre personas que tiene su origen en el quehacer clínico y constituye el núcleo fundamental de la medicina.

Este vínculo (RMP) ha sido conceptualizado desde el punto de vista legal como un contrato, generalmente no escrito, sustentado entre personas autónomas, que son libres de iniciar o romper esta relación en la medida en que el paciente no sea abandonado. Sin embargo, hay que entender que esta relación, más que legal se basa en la ética y en la deontología, y que uno de los nexos más antiguos que han existido es entre la filosofía y la medicina.¹

Durante sus interacciones con otros seres humanos, el hombre establece diferentes tipos de relaciones, algunas de carácter superficial como las desarrolladas al preguntar la hora a un transeúnte y otras de carácter mucho más complejo como las que se establecen con los familiares, amigos, compañeros de trabajo o estudio y con la persona amada. Estas son las relaciones interpersonales, que cumplen los 3 parámetros establecidos por *Pedro Lain Entralgo*, el relevante médico e historiador español que tanto aportó al tema de que se trata.²

- Saber ponerse en el lugar de la otra persona (fase coejeutiva).
- Sentir como él o ella (fase compasiva).
- Disponerse a asumir como propios sus éxitos y dificultades (fase cognoscitiva).

Se propone la siguiente definición operativa de la relación médico-paciente: *"Relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud."*³ Esta definición supera al otrora modelo diádico y curativo de la concepción original de la relación médico-paciente, designación que sin embargo se recomienda mantener por su profundo arraigo y condición de prototipo de las relaciones profesionales en el campo de la salud; aunque debe destacarse que dicha definición hace referencia a la relación interpersonal, profesional y técnica de los miembros del equipo de salud en todo el espectro de sus gestiones promocionales, sanitaristas, preventivas, diagnósticas, curativas, rehabilitatorias, docentes, investigativas, periciales, administrativas y editoriales.

Históricamente la calidad de la relación médico-paciente ha sido considerada como un elemento muy influyente en el resultado de la atención sanitaria. En los últimos años hemos asistido a un cambio importante en las relaciones médico-paciente consecuencia del enfoque de la sociedad hacia los consumidores. El efecto inmediato de ello es que el resultado de la asistencia sanitaria se mide hoy día en términos de efectividad, eficiencia, percepción por el paciente de su dolor o de su autonomía, su sensación de bienestar físico y mental y, también, por su satisfacción con el resultado alcanzado.⁴

Aunque es indudable que el producto sanitario y la misión del clínico siguen siendo los mismos, el diseño de los procesos asistenciales ha cambiado sustancialmente cuando los clínicos han empezado a preocuparse por satisfacer no solo las

necesidades de sus pacientes sino también sus expectativas. Los pacientes han pasado a ser considerados como coproductores de los cuidados de salud y, como tales, han adoptado un rol diferente, considerándose ahora necesario contar con su opinión y promover en ellos decisiones responsables sobre su salud. La opinión del paciente, como consecuencia de todos estos cambios, ha pasado a ser vista como un resultado de la asistencia sanitaria que merece la pena escuchar para incrementar la calidad de la prestación sanitaria y para mejorar los tratamientos que venimos aplicando.

El concepto de "**cuidados centrados en el paciente**" obedece a este nuevo planteamiento que parte precisamente de la idea de que las decisiones clínicas deben incluir la perspectiva del paciente y llama la atención sobre el papel activo en la toma de decisiones sobre su salud que los pacientes paulatinamente van adquiriendo. El "arte de la atención médica" se basa precisamente en el saber hacer del médico para superar la barrera que representa la asimetría de la información con el paciente. Por lo que la tradicional relación de agencia que se establece entre el médico y el paciente es compensada, parcialmente, cuando el clínico toma en cuenta las preferencias de sus pacientes. No en vano se ha señalado que la mejor tecnología disponible sigue siendo la comunicación médico-paciente.⁵

Ahora bien, los cambios sociales y tecnológicos acaecidos definen un espacio de relación diferente según la organización y prestaciones de los diferentes Sistemas de Salud. El rol del paciente no es el mismo en todos los casos y su participación en el sistema sanitario es muy variable.

Objetivo: Hacer una valoración teórica de las características de la RMP en pacientes agudos, crónicos y en fase terminal.

Desarrollo

En la relación médico paciente una categoría que se ha desarrollado e investigado en los últimos años es **Satisfacción del Paciente**.

¿Qué entendemos por Satisfacción del Paciente?

La satisfacción del paciente está considerada como un elemento deseable e importante de la actuación médica y, aunque intuitivamente el concepto es entendido por todos, no siempre existe acuerdo ni en lo que significa empíricamente ni en el significado de estas evaluaciones.

Inicialmente se identificó la satisfacción del paciente con la cantidad y calidad de la información que recibía del médico. Sin embargo, rápidamente se extendió la idea de que se trataba de un concepto multidimensional, proponiéndose diferentes dimensiones de la satisfacción.⁵

¿Qué influye en la Satisfacción del paciente?

Tradicionalmente se ha considerado que es más probable que un paciente satisfecho cumpla con las recomendaciones médicas, busque activamente ayuda médica y se ha considerado la comunicación con el paciente como el factor decisivo para asegurar la satisfacción. Del mismo modo, se ha considerado que la insatisfacción se relaciona con la ineficacia del tratamiento, la ausencia de información comprensible, la falta de interés del profesional sobre el caso o la petición de un número excesivo de pruebas complementarias³⁰. Combinando diferentes fuentes se ha argumentado que la decisión de un paciente de acudir a una consulta médica vendría condicionada por: la necesidad o urgencia de curarse que experimenta (mayor en procesos agudos, incapacitantes o dolorosos), la calidad profesional y humana que el paciente atribuye al médico (que podría estar basada únicamente en el comentario de otros pacientes), la presión de sus familiares para que busque ayuda médica o para que acuda a esa consulta en concreto, la percepción de control que tiene el paciente y que hace que piense que puede ir (conoce teléfono de contacto, puede pagar la consulta, etc.), el balance de costes y beneficios que intuye pueden producirse al acudir a la consulta y, finalmente, el nivel de satisfacción cuando se trata de un paciente que ya conoce a ese médico.

Las diferencias en la satisfacción se atribuyen a factores individuales en los pacientes, a sus diferentes actitudes hacia el sistema sanitario, a cómo se organiza el sistema sanitario y se proveen las atenciones médicas y a diferencias entre los proveedores. En tal sentido, se ha sugerido que, al menos en el caso de la atención que prestan los médicos de cabecera, más del 90% de la varianza de la medida de la satisfacción estriba en factores del propio paciente y el restante 10% en factores del médico.⁵

En resumen, la satisfacción es un **concepto multidimensional** cuyos componentes varían en función del tipo de prestación de que se trate (hospital de agudos, consulta crónicos, urgencias, etc.), más directamente relacionada con el componente afectivo de la actitud hacia el sistema sanitario o cualquiera de sus unidades (consultas o profesionales) y que conceptualmente puede explicarse merced a la desconfirmación de expectativas, donde la diferencia entre expectativas y percepciones es el elemento clave.¹

En algunas investigaciones se recogen algunos de los **motivos de queja** más frecuentes de los pacientes ^{1,2} donde se calcula que algo más de un tercio de las quejas corresponden a problemas con el diagnóstico y el tratamiento.

Motivos de queja más frecuentes entre los pacientes:

Diagnóstico y tratamiento

- ✚ Problemas en el diagnóstico o en el tratamiento
- ✚ Resultados adversos o inesperados
- ✚ Competencia profesional juzgada insuficiente
- ✚ Demoras en Admisión o retrasos injustificados de las pruebas diagnósticas
- ✚ Altas prematuras
- ✚ Sensación de que no se progresa

Comunicación médico-paciente

- ✚ Inadecuada información o ausencia de la misma
- ✚ Informaciones incongruentes por parte de varios profesionales
- ✚ No respetar la confidencialidad o intimidad del paciente

Relación médico-paciente

- ✚ Falta de cortesía o trato rudo
- ✚ Percepción de maltrato por parte del paciente

Accesibilidad y disponibilidad

- ✚ Dificultades de accesibilidad al médico Demoras o dificultades para obtener cita
- ✚ Cambios injustificados de cita
- ✚ No atender las llamadas del paciente
- ✚ No mantener la continuidad del cuidado

Otro aspecto a considerar en las últimas investigaciones de la relación médico paciente es el respeto a su decisión de realizarse una prueba y más si ésta es traumática, así como de ser incluido o no en una investigación específica como por ej los ensayos clínicos para probar determinados medicamentos, a lo cual se le conoce con el nombre de **consentimiento informado** y forma parte de la ética en la RMP, del respeto a su decisión personal en plenas facultades mentales y de no contar con las plenas actitudes físicas y mentales el paciente, entonces hacer participe de la decisión a los familiares. También es importante conocer que a nivel de cada centro hospitalario donde se realizan estas investigaciones de ensayo clínico se crean los **comité de ética que es el equipo de especialistas** que hace el control de los aspectos éticos y legales tanto de la inclusión de los pacientes que no se violente su integridad y que el profesional de salud cumpla con las buenas prácticas clínicas.

A partir de aquí particularizaremos en las características de la RMP en los pacientes agudos, crónicos y en fase final.

Atención integral a los **enfermos en etapa terminal**. Los cuidados paliativos ⁶

En las postrimerías del siglo XX, las enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas el cáncer, desafían a las políticas, las prácticas y los sistemas de salud. Ellas serán la causa del 54 % de las defunciones en el año 2015. El cáncer, que causa en la actualidad la décima parte de la mortalidad total, es la segunda causa de muerte por orden de frecuencia en todos los grupos de edades en la mayor parte de los países desarrollados, y en muchos países en desarrollo.

El análisis de las tendencias actuales muestra que el cáncer se convertirá en la causa principal de defunción en muchos países.

En Cuba, los indicadores de salud – incremento de expectativa de vida, bajas tasas de mortalidad infantil, eliminación de algunas enfermedades, entre otros– reflejan adecuadas políticas sanitarias. No obstante, a pesar de los avances en prevención y tratamiento y del desarrollo de los recursos biotecnológicos y humanos actuales, continúa existiendo un número considerable de enfermos que no pueden ser curados.

La OMS define los cuidados paliativos como: “El cuidado global y activo de aquellos pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo y en los que es esencial el control del dolor y otros síntomas, la atención a los problemas psicológicos, sociales y espirituales, y el conseguir la mejor calidad de vida para el enfermo y su familia...”.

Como se puede inferir, este tipo de atención se puede dispensar en cualquier contexto de las actividades de salud: en unidades hospitalarias, en hospicios, y en la atención primaria, aunque hoy en día se pretende que tales cuidados sean llevados al hogar, a la residencia misma del paciente.

La atención paliativa directa se presta a enfermos terminales. Se entiende por enfermos terminales los siguientes:

- Los que tienen una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, en quienes no existen posibilidades razonables de respuesta a tratamientos específicos.
- Los que tienen numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Aquellos cuya enfermedad tiene un gran impacto emocional en el propio paciente, la familia y el equipo terapéutico mismo, relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Con un pronóstico de vida inferior a los 6 meses, nunca es posible establecer límites reales.

Como se puede apreciar, el alivio del dolor y los cuidados paliativos constituyen una estrategia efectiva para todos los tipos de cáncer y muchas otras enfermedades.

La meta fundamental es la calidad de vida del paciente y su familia, sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y sus familiares. Cuando resulte necesario, el apoyo debe incluir el proceso del duelo".⁴

En consecuencia, las principales **bases de la atención paliativa**⁶ son las siguientes:

- Atención integral, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales, es decir, una atención forzosamente global, individualizada y continuada. Los cuidados paliativos siempre serán brindados por un equipo multiprofesional, ya que no es posible que un solo especialista pueda atenderlo todo.
- El enfermo y la familia son la unidad que se va a tratar. La familia es el núcleo fundamental de apoyo al enfermo, y adquiere relevancia especial en la atención domiciliaria, para lo cual necesita medidas específicas de ayuda y educación.
- La promoción de la autonomía y la dignidad del enfermo son factores rectores en las decisiones terapéuticas. Los objetivos terapéuticos deberán elaborarse con el enfermo; él siempre marcará las pautas de lo que hay que hacer, lo que significa un vuelco considerable en los procedimientos de la medicina contemporánea.
- Concepción terapéutica activa y rehabilitatoria, con lo que se supera el desconocimiento y la actitud negativa que se esconde tras el "no hay nada más que hacer..."
- Atmósfera (entorno) de respeto, confort, apoyo y comunicación adecuada, que propicie en todo momento seguridad y comodidad.

Otro aspecto importante es el **Apoyo emocional y comunicación**⁷ con el enfermo y su familia, así como dentro del equipo terapéutico; se deben establecer relaciones francas y honestas. Comunicación adecuada no significa decir al paciente toda la verdad, sino lo que él necesite, desee y tolere conocer, sin engañarlo ni generarle falsas esperanzas, pero sí mitigando sus miedos y propiciando esperanzas concretas, factibles de alcanzar. Con la familia siempre

deberá existir una comunicación abierta y realista, aunque se respeten momentáneamente mecanismos de negación. Una actitud de escucha activa y de apoyo es la mejor medicina.

Los cuidados paliativos constituyen en la actualidad, la máxima expresión de la integración de los tratamientos biomédicos y psicosociales, en los que la comunicación y el soporte emocional y espiritual son tan necesarios, como la eliminación o disminución de un síntoma o molestia física. Generalmente, la comunicación y el apoyo adecuados son facilitadores activos del control de síntomas, no por gusto se dice que la morfina enviada por correo no es tan efectiva.

En resumen, el control de síntomas, el máximo bienestar subjetivo posible y la preservación de la dignidad y la autonomía del enfermo, que contribuyan a la preparación para su muerte próxima, la atención a la familia a lo largo de este difícil proceso y la autoprotección del equipo terapéutico son los propósitos fundamentales y las principales líneas de acción de los cuidados paliativos.

RMP con enfermos que tienen afecciones agudas y crónicas.⁸

Es importante apuntar que la relación con estos pacientes es basada en enseñar al enfermo las estrategias necesarias para cambiar su conducta respecto a la salud, en función de la naturaleza de la enfermedad y la individualidad del paciente, la labor del médico es de persuasión. Se trata de enseñarlos a convivir con su enfermedad, a que adopten conductas responsables y controlen los factores de riesgo que pueda desencadenar una crisis o un desenlace fatal. El médico propicia su participación activa porque en este tipo de relación el paciente entrega mayor cantidad de información y no oculta datos, lo que facilita el diagnóstico y el tratamiento.

Las enfermedades crónicas no transmisibles tienen dos momentos esenciales: períodos intercrisis y períodos de crisis, por tanto el médico debe conocer el comportamiento en cada etapa porque asiste enfermos no enfermedades y esto puede variar de un caso a otro.

En los períodos intercrisis debe llevar una vida normal con determinadas limitaciones que eviten los factores desencadenantes que de acuerdo al tipo de problema se podrán controlar los factores de riesgo ambientales ej en el paciente asmático no barrer o sacudir con paños húmedos, en el paciente alérgico(dermatitis atópica) control de la alimentación, no comer con exceso de picante, exceso de huevo, chocolate, fresa, ect, en el paciente con ulcera péptica evitar el exceso de ácidos y picantes.

El médico debe evitar actitudes de juez y de rechazo que sólo menoscabarán la autoestima y lo alejarán del tratamiento correcto, por tanto debe hacer mayor uso de la persuasión, la sugestión y el apoyo.

En los períodos de crisis tratando de explorar la causa hay que evitar crear sentimientos de culpabilidad por no seguir las prescripciones médicas, más bien se trata de no prolongar la crisis e involucrar a los familiares para que apoyen.

Realización de exámenes complementarios.¹

Es válido recordar que cada examen que se indica, aunque no produzca dolor crea tensión, preocupación y hasta angustia. Cada examen significa pedir una cita para

realizarlo, esperar hasta la fecha prevista para conocer el resultado y quizás hasta adoptar nuevos estilos de vida, todo lo cual debe ser hábilmente manejado por el facultativo.

También es preciso preparar al paciente cuando se trate de tecnologías de avanzada por ej una resonancia magnética o colocarlo en la cámara hipervárica, el cual es un proceder que en pacientes claustrofóbicos es imposible de realizar sin la desensibilización progresiva ante la noxa.

Conclusiones:

- La relación médico paciente es una modalidad de las múltiples relaciones interpersonales que realiza el hombre. Esto permite al enfermo satisfacer su deseo y necesidad de salud y al médico, cumplir con una de sus funciones sociales.
- La RMP es fuente generadora de recuperación en el paciente o fuente generadora de conflictos y de conductas evasivas favorecedoras de crisis y descompensaciones.
- En la RMP se ponen en evidencia las características psicológicas del médico y el paciente.

Referencias bibliográficas.

- 1- Rodríguez Arce MA. Relación médico – paciente. Editorial ciencias Médicas. Ecimed, La Habana 2008.
- 2- González Menéndez R. La relación médico-paciente y su significado en la formación profesional. Rev. Educ Med Sup 17(4)
- 3- González R. La Psicología en el Campo de la Salud y la Enfermedad. La Habana: Editorial Científico-Técnica (en prensa).
- 4- González R. Humanismo. espiritualidad y ética en la atención a la salud. La Habana: Editorial Política (en prensa).
- 5- Barbado Alonso JA. Aspectos histórico-antropológicos de la relación médico-paciente Disponible en <http://www.medicinageneral.org/revista>. 2005 Revisado mayo 2010.
- 6- De Carpo Matos O y cols. Manejo psicológico en pacientes agudos y crónicos. Disponible en www.google.com, octubre 2010.
- 7- Núñez de Villavicencio. Psicología y Salud. Ecimed. La Habana, 2008.
- 8- Colectivo de autores. Complemento al Programa de la Asignatura Psicología Médica II. 2006.

