

Ricardo González Menéndez

RELACIÓN EQUIPO DE SALUD - PACIENTE - FAMILIA

**RELACIÓN EQUIPO  
DE SALUD - PACIENTE - FAMILIA**  
**Aspectos éticos y tácticos**

**Ricardo González Menéndez**

**Editorial Ciencias Médicas**

**RELACIÓN EQUIPO  
DE SALUD - PACIENTE - FAMILIA**

Aspectos éticos y tácticos



**RELACIÓN EQUIPO  
DE SALUD - PACIENTE - FAMILIA**

Aspectos éticos y tácticos

**Dr. Ricardo González Menéndez**

*Doctor en Ciencias Médicas. Académico Titular 1998-2002. Especialista de II Grado en Psiquiatría. Profesor Titular Principal de la Facultad Universitaria de Ciencias Médicas "General Calixto García Íñiguez". Responsable de Docencia Superior del Hospital Psiquiátrico de La Habana. Profesor Honorario de varias universidades latinoamericanas. Presidente de la Comisión Nacional de Ética Médica. Miembro del Tribunal Nacional de Grados Científicos en el Área Clínica. Presidente de la Sociedad Cubana de Psiquiatría.*



La Habana, 2005

Datos CIP- Editorial Ciencias Médicas

González Menéndez Ricardo

Relación equipo de salud- paciente- familia.  
Aspectos éticos y tácticos. La Habana: Edi-  
torial Ciencias Médicas; 2005.

244p. Cuadros. Tablas

Incluye tabla de contenido. Incluye la bibliografía al  
final de la obra.

ISBN 959-212-151-6

1.RELACIONES PROFESIONAL-PACIENTE 2.RE-  
LACIONES PROFESIONAL-FAMILIA 3.ETICA  
MEDICA.

WM62

Edición: Lic. Martha Liana García Hernández

Diseño: Ac. Luciano Ortelio Sánchez Núñez

© Ricardo González Menéndez, 2004

© Sobre la presente edición:

Editorial Ciencias Médicas, 2005

Editorial Ciencias Médicas

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas

Calle I No. 202 esquina a Línea, El Vedado, Ciudad de  
La Habana, 10 400, Cuba.

Correo electrónico: ecimed@infomed.sld.cu

Fax: 33 3063 Télex: 0511202

Teléfono: 55 3375 / 832 5338

*Con mucho respeto y admiración, a los profesionales y técnicos de la salud que, siguiendo el ejemplo de nuestro Guerrillero Heroico, responden con ejemplar actitud al reclamo de sus valiosos servicios por parte de otros pobladores del mundo, y también a los que cumplen con igual actitud esforzada su relevante misión en nuestro medio. Con la modesta aspiración de contribuir a mantener su alto nivel de humanismo.*



# **El hombre como unidad biopsicosociocultural y espiritual: su significado en la formación del equipo de salud y sus gestiones**

## **Introducción**

La crisis actual de humanismo por la que atraviesa, a nivel mundial, la más humana de las profesiones, plantea la necesidad de profundizar en las diferentes vertientes que se deben tomar en cuenta en el objeto y sujeto fundamental de la praxis médica y también en los que ejercen dicha profesión.<sup>1,2</sup>

Las reflexiones siguientes tienen como propósito argumentar cuáles son los nuevos aspectos que se deben subrayar y cuáles las razones historicosociales que en lo referente a la *formación del equipo* de salud justifican este objetivo.

## **Unidad biopsicosociocultural y espiritual**

Aun cuando el más desarrollado de los seres vivos puede identificarse indistintamente mediante las definiciones de ser social o biosocial, di-

ferentes necesidades sociohistoricoconceptuales, acusadas sobre todo en el campo de las gestiones preventivocurativorrehabilitatorias, han determinado denominaciones algo más complejas, orientadas a destacar, con objetivos estratégicos, aspectos a veces peligrosamente subvalorados.<sup>3</sup>

Surgieron así términos más diferenciados como: unidad biopsicosocial, que destaca lo psicológico pese a considerarlo implícito en lo biosocial; y finalmente las concepciones que ponen de relieve otros aspectos, como la biopsicosociocultural y la biopsicosocioespiritual, que pretenden subrayar especificidades comprendidas en lo psicosocial. Estas dos últimas denominaciones han sido, empero, reflejadas en la literatura médica internacional como sinónimas, y de esta forma se han hecho eco de los criterios existentes en otros campos del saber, en los cuales el aspecto cultural y espiritual designan igualmente concepciones filosóficas, convicciones, conocimientos, valores, creencias, tradiciones, necesidades, motivaciones, intereses, actitudes, emociones, sentimientos, costumbres, patrones de comportamiento, habilidades y hábitos, *en esencia desvinculados parcial o totalmente de las necesidades primarias.*

Nuestra preocupación por escindir, desde el punto de vista conceptual, lo cultural de lo espiritual surgió como resultado de dos gestiones bien diferentes, desarrolladas de forma cotidiana por más de 30 años:

- La atención integral de las toxicomanías.
- La docencia médica.

En las toxicomanías hemos coincidido con los que asignan una relevancia notable al desarrollo de los aspectos espirituales de la personalidad, tanto para su prevención como para la rehabilitación y valoración pronóstica de quienes las padecen,<sup>4</sup> y en la docencia, por considerar la vocación médica, la compasión, la disposición de ayuda, el afán de involucrarse en las problemáticas humanas, la solidaridad, el altruismo y la ética como los más trascendentales aspectos espirituales de nuestra profesión.<sup>5</sup>

No pretendemos decir nada nuevo en estos campos, sino contribuir a clarificar una categoría -lo espiritual- desde el punto de vista de nuestra concepción del mundo y el prisma de un formador médico, así como destacar la trascendencia de esta categoría en la relación médico-paciente-familia, y en la indispensable proyección humanística de los profesionales y técnicos de la salud.

Cinco mil millones de años atrás solo existía materia inorgánica en nuestro planeta. Fue necesario desde entonces un largo proceso que, iniciado con la espuma verde en los océanos y seguido por la evolución a protozoarios, anélidos, moluscos, crustáceos, insectos, peces, anfibios, reptiles, aves, mamíferos, primates, y prehomínidos, llegase a un punto en el cual el desarrollo biológico junto a las

necesidades adaptativas, viabilizaran la producción de herramientas y la aparición consecuente de la industria lítica, en el contexto del embrionario colectivo social, así como la necesidad de desarrollar progresivamente el pensamiento junto a la palabra, y alcanzar, con la aparición de la conciencia, el nivel psicológico. Este permitió, por vez primera, el reflejo del entorno como objetos y fenómenos con significado propio según las necesidades del sujeto y también la modificación del medio durante la adaptación creadora.<sup>6</sup>

Durante unos dos millones de años, el prehomínido y después el hombre crearon su medio cultural e incorporaron, de inicio, rudimentarios valores sociales, después los culturales y más tarde comenzaron a delimitar sus valores morales como formas de conciencia social e individual, para pautar sus relaciones individuales y colectivas con otros hombres, así como con su entorno natural y cultural. Apréciense aquí, a los efectos del tema que abordamos,<sup>7</sup> el origen histórico de lo cultural y lo espiritual.

Finalmente se alcanzó la etapa actual de desarrollo de estas pautas morales, cada vez más específicas en su establecimiento, aceptación y generalización, así como en lo referente a niveles de exigencia y formas de control.

El amplio espectro actual de normas sociales incluye las jurídicas, establecidas en la legislación de cada país, cuyo cumplimiento es exigido por el

estado; así como las inherentes a instituciones políticas, religiosas, escolares, empresariales, militares y de otros muchos tipos, controladas en su cumplimiento respectivo por exigencias partidarias, eclesiásticas, docentes, administrativas, castrenses y de otra índole. Sin embargo, las que ocuparán nuestra atención dentro del concepto de espiritualidad son precisamente aquellas incorporadas como principios y valores humanos que se expresan mediante virtudes, por ejemplo la honestidad, la solidaridad, la compasión, la justeza, la responsabilidad, la bondad, el respeto, la lealtad, el colectivismo, la sinceridad, el amor, la discreción, la dignidad, el altruismo y la modestia, entre otras, todas ellas incluidas en la categoría espiritualidad.<sup>8</sup>

Estas pautas de conducta que representan los valores morales, se modelan y difunden con el desarrollo de la conciencia social, aunque su aceptación y control dependen fundamentalmente del individuo durante las llamadas *decisiones de conciencia*.

La etimología de la palabra moral (del latín *mores*) significa costumbre y representa una forma de conciencia social expresada por normas y principios de convivencia que delimitan las obligaciones de conciencia de los hombres entre sí y con la sociedad o el entorno natural y cultural.<sup>9,10</sup> La moral refleja, en esencia, los criterios sobre el bien y el mal, lo justo y lo injusto, lo correcto y lo incorrecto, lo honesto y lo deshonesto, lo digno y lo indigno.

no,<sup>11</sup> por lo que la incorporación adecuada de sus valores, que se expresarán mediante la espiritualidad, *desempeña un trascendental papel en la integralidad del ser humano, tanto en su rol de profesional de la salud como en el de usuario y familiar.*

Permítasenos proponer, con objetivos didácticos, que existe cierto paralelismo entre la aparición e incorporación de los valores sociales, culturales y espirituales, tanto durante el desarrollo filogenético como en el ontogenético del hombre, por necesitarse en ambos procesos:

- Un sustrato biológico básico, muy esquemáticamente representado por la formación reticular, el sistema límbico y las conexiones prefrontales.
- Un rudimento de relación social que permita la aparición y desarrollo progresivo del nivel psicológico gracias a la palabra, pensamiento abstracto y conciencia.
- La creación e incorporación de lo cultural cuando el hombre primitivo comienza a transformar el medio, y la asimilación de estos aspectos cuando el niño comienza su interacción dialéctica con el entorno.
- El desarrollo y expresión de la espiritualidad mediante la incorporación y aplicación de valores morales de la más alta jerarquía.

En síntesis destacaremos que en lo ontogenético, la unión del óvulo con el espermatozoide inicia, con la concepción, esa continua interacción dialéc-

tica sujeto-medio, que tendrá durante nueve meses a la madre como intermediaria directa, para devenir -luego del nacimiento- interacción guiada por padres, familiares, educadores, paraiguales y legistas, hasta que el sujeto alcance la madurez suficiente para su progresiva independencia.

Es durante este proceso, que solo termina con la muerte, que se *perfilan y expresan* las características biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales que diferencian a los individuos en un medio sociocultural determinado.

*Este sistema estructurado y con algunas características recibe el nombre de personalidad y pautará la forma peculiar en que cada sujeto desarrolle su adaptación creadora al medio, pero para que esta ocurra exitosamente debemos tomar en cuenta la existencia de diferentes tipos de necesidades y formas de satisfacción que se expresarían en un continuo que va de las necesidades biológicas, pasa por otras necesidades personales y alcanza su mayor desarrollo cualitativo con las necesidades espirituales.*<sup>12</sup>

Ejemplificaremos algunas necesidades básicas o primarias de carácter biológico, psicológico y social. Entre las primeras están el agua, los alimentos, la procreación y la defensa de la integridad física; entre las segundas se cuentan las estimulaciones, la autoaceptación y la seguridad; entre las terceras, la comunicación, la heteroaceptación y el afecto. Las conductas directa o indirectamente orientadas a la satisfac-

ción de estas y muchas otras necesidades básicas representan una importante proporción del comportamiento social normal.

El ser humano, por estar dotado de conciencia, tiene también otros comportamientos que se apartan, parcial o totalmente, de la satisfacción de dichas necesidades primarias y que en muchos casos llegan a obstaculizar, en mayor o menor grado, estos propósitos. En esta última categoría se incluyen los comportamientos vinculados con las necesidades culturales y espirituales expresadas en el pensamiento popular de que "no solo de pan vive el hombre".

A partir de ahora centraremos nuestras reflexiones en la educación médica y valoraremos el planteamiento de Letamendi que señala: "quien solo medicina sabe, ni medicina sabe", y el pensamiento martiano: "el hombre honesto no mira de qué parte está el provecho, sino de qué parte está el deber". Apreciamos que el primero se refiere a la importancia de la cultura general en el facultativo, mientras que el segundo tiene una franca proyección deontológica. Comienzan a delimitarse desde ahora las diferencias básicas entre los objetivos culturales y espirituales en la formación del profesional y técnico de la salud. Pero veamos algunos otros ejemplos:

El disfrute estético ante una obra pictórica, una sinfonía o una puesta de sol, y la dedicación al estudio, a la investigación, a la lectura, al arte o al deporte, se apartan de las necesidades primarias y en algunos casos pueden llegar a retardar u

obstaculizar su satisfacción, pero donde el divorcio con las necesidades básicas llega a niveles trascendentes es en lo referente a la espiritualidad, que pese a ser un término de raigambre religiosa, se vincula también con el amor patrio, el altruismo, la solidaridad, la sensibilidad humana, la compasión, la honestidad, la lealtad, la sinceridad y muchas otras virtudes que demuestran los valores morales más elevados.

Dos ejemplos que expresan el frecuente divorcio entre la espiritualidad y las necesidades básicas, son el estoicismo de quienes en diferentes latitudes han luchado por la liberación de sus pueblos y también el de los cristianos devorados por los leones en la antigua Roma; otros muy cercanos serían el comportamiento del glorioso comandante Ernesto Che Guevara y sus compañeros de lucha, así como los sacrificios de nuestros internacionalistas en misiones médicas, docentes, productivas y combativas en países necesitados de ayuda humanitaria.

Es espiritualidad la potencialidad del trabajador de la salud para ubicarse en el lugar de las personas que atiende, sentirse involucrado en sus problemas y disponerse incondicionalmente a ayudarlas, también el respeto al paciente y sus familiares, y el comportarse siempre con fines de beneficencia, no maleficencia y justicia, así como tratarlos de la misma forma que quisiera él ser tratado de estar en su situación.

## **Espiritualidad en el campo de la salud**

La espiritualidad en el campo de la salud está centrada en altos valores vocacionales y morales, que se expresan tanto en conocimientos adquiridos, valores, actitudes, habilidades y relaciones profesionales, como en rasgos de la personalidad del profesional y técnico de la salud, en los que deben sobresalir el amor al prójimo, la sensibilidad humana, la bondad, la solidaridad, la honestidad, el desinterés material, el trato afectuoso indiscriminado, la lealtad, y la disposición al esfuerzo y sacrificio, cimentados sobre ese darse al otro implícito en la vocación médica, muy cercana a la vocación de servicio que hace de la práctica de la medicina un verdadero sacerdocio pautado por el haz bien y no mires a quien.

La alta relevancia de identificar estas potencialidades en las gestiones de selección de aspirantes a las carreras médicas y de programar, entre los objetivos educativos, el continuo reforzamiento y desarrollo de ellas durante la formación profesional de pregrado y posgrado es fácilmente inferible, como también lo es valorar estos componentes en la personalidad de los pacientes, familiares y usuarios sanos de los servicios de salud.

Antes de proponer un esquema conceptual diferenciando lo cultural y lo espiritual en el campo de la salud, es necesario recordar que muchos aspectos que se incorporan del entorno, como ideología, valores socioculturales, tradiciones,

costumbres, creencias, convicciones y apreciación estética, entre otros, integran lo cultural, mientras que los esfuerzos implícitos en su defensa y conservación, expresados mediante las decisiones de conciencia que se manifiestan como ejemplo contundente en el estoicismo del patriota o el religioso, representan lo espiritual.

Reflexionemos ahora sobre algunas proposiciones diferenciales de las categorías que nos ocupan, expuestas en el cuadro que aparece al final de este tema -inevitablemente focalizado y matizado por nuestros objetivos como educadores médicos- lo que justifica, en parte, la proyección reduccionista y escisionista en las diferencias, pese a reconocer la profunda imbricación entre lo cultural y lo espiritual, y el carácter prácticamente virtual de la diferenciación que pretende, sobre todo, destacar que el desarrollo de la cultura general, si bien predispone y facilita, no garantiza por si solo el humanismo del profesional. Este demanda aptitudes vocacionales bien definidas y una educación integral que enfatice la formación sobre la información, la compasión sobre la técnica, la educación sobre la instrucción y la espiritualidad sobre la habilidad. Se egresarían así facultativos igualmente actualizados que sensibles, igualmente tecnificados que involucrados, igualmente entrenados que disponibles, igualmente equipados que integrales e igualmente informatizados que humanizados.

Nuestro héroe nacional, José Martí, sentenció: "Lo espiritual es lo que nos induce a comportamientos ajenos a nuestras necesidades corporales. Es lo que nos fortalece, nos anima, nos afirma".

Una reflexión final surgiría de la consideración de que lo biológico, psicológico, social, cultural y espiritual representan un continuo relacionado respectivamente con las necesidades corpóreas, y con otras necesidades personales como las psicológicas y sociales, hasta las culturales, pero alcanza su clímax espiritual cuando se sienten como propias las necesidades de otros mediante la empatía, la compasión, la solidaridad y la involucración, cuyos paradigmas extremos son los héroes, las monjitas que tanto destaca nuestro comandante en jefe, y los mártires.

La aceptación de estas proposiciones posibilitaría las siguientes reflexiones en el campo de las toxicomanías:

- El desarrollo de la espiritualidad es un medio efectivo para prevenir las drogadicciones.<sup>13</sup>
- Uno de los primeros componentes de la personalidad que sufre los embates de las drogadicciones es la espiritualidad.
- La recuperación de la espiritualidad es un objetivo rehabilitatorio de primer rango en estos pacientes.<sup>14</sup>

En lo referente a la formación médica se llegaría a las siguientes reflexiones:

- Si recordamos los fundamentos de la relación interpersonal pautados por Pedro Laín Entralgo -prestigioso médico, historiador y filósofo español- en lo referente a saber ubicarse en el lugar del enfermo (fase coejecutiva), sentir en algún grado como él (fase compasiva) y disponerse incondicionalmente a ayudarle (fase cognoscitiva),<sup>15</sup> aceptaremos que sin espiritualidad no puede haber relaciones médico-paciente-familia exitosas.
- Si consideramos el humanismo como el respeto absoluto por el hombre y la preocupación por su mejor desarrollo y bienestar,<sup>16</sup> podemos inferir que sin espiritualidad no hay humanismo.
- Si tomamos en cuenta los principios clásicos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, y su regla de oro de comportarnos ante los demás como quisiéramos que se comportaran con nosotros<sup>17</sup> no es difícil relacionar la ética médica con la espiritualidad, hasta el punto que sin espiritualidad no hay ética médica.

La reflexión final es que sin espiritualidad no puede haber humanismo, ética profesional, ni relaciones médico-paciente exitosas, y sin esos factores reforzadores de la vocación de servicio, esencia de nuestra profesión, el ejercicio médico deviene una frustración permanente y no la realización profesional que todos los formadores médicos deseamos a nuestros educandos.

## Resumen

Se propone el desglose de la integralidad del ser humano en las vertientes biológica, psicológica, sociológica, cultural y espiritual. Se destacan como propósitos básicos insistir sobre estos aspectos en el campo de la medicina, por la significación éticodeontológica de la espiritualidad del profesional de la salud y la de sus usuarios y familiares en la etapa actual, cuando la práctica médica a nivel mundial acusa una fatídica tendencia a la deshumanización.

A partir del desarrollo filogenético y ontogenético se subraya el momento de la incorporación de valores sociales, culturales y morales, y se identifican estos últimos -sobre todo cuando se expresan por decisiones de conciencia durante la gestión médica- como la esencia de la espiritualidad del profesional y técnico de la salud que junto a la profunda vocación médica garantizan el humanismo, la ética y el desarrollo óptimo de las relaciones médico-paciente-familia.

Finalmente se exponen los diferentes elementos para delimitar la categoría cultural, que se ex-

---

Nota del autor. Desde ahora, el término médico debe ser inferido como relativo al equipo de salud; el término equipo de salud debe expandirse conceptualmente hasta incluir a los trabajadores administrativos y auxiliares de nuestros centros asistenciales; y el término paciente, concebido como usuarios de los servicios de salud, vale decir: pacientes, familiares y usuarios sanos.

presaría por la cultura general del facultativo, de la categoría espiritual, manifestada en sus potencialidades compasivas, de involucración en las problemáticas del paciente y disponibilidad para la ayuda.

**Cuadro.** Diferencias fundamentales entre lo cultural y lo espiritual en el contexto de la formación médica

Lo cultural	Lo espiritual
Exergos	
No solo de pan vive hombre	Haz bien y no mires a quien
Ser cultos para ser libres	El hombre honesto prioriza el deber sobre el provecho
Quien solo medicina sabe, ni medicina sabe	El hombre justo siente la bofetada en la mejilla ajena
Motivación básica	
Desarrollo personal	Amor a la humanidad
Campos filosóficos relacionados	
Teoría del conocimiento	Ética
Estética	Deontología
Lógica	Axiología

## **Cuadro.** (Continuación)

Expresiones paradigmáticas	
Conocimientos generales	Sensibilidad humana
Pensamiento creativo	Altruismo y solidaridad
Ideología y convicciones	Bondad
Costumbres y tradiciones	Estoicismo
Habilidades y disfrute estético	Defensa de ideología y convicciones
Valores científicos y artísticos	Valores eticomorales y humanísticos
Origen y desarrollo	
Predomina lo exógeno	Predomina lo endógeno
Vocación creativa y estética	Vocación humanística y de servicio
Motivado por deseo de superación	Motivado por deseo de hacer el bien
Vínculo con necesidades personales	Más allá de las necesidades personales
Resultado de la instrucción	Modelado por la educación
Se adquiere y cultiva	Se trae al nacer y se desarrolla
Se enseña y estudia	Se transmite e imita
Desarrollo más planificado	Más espontáneo pero requiere reforzamiento y guía
Bases cognitivo-volitivas	Bases instintivo-afectivas
Tiende a la notoriedad	Tiende al anonimato
A veces con vínculos narcisistas	Sobre todo vinculado al altruismo
Pautado por normas sociales	Pautado sobre todo por la conciencia individual
Requiere esfuerzo y dedicación	Requiere sacrificio y desprendimiento

## Cuadro. (Continuación)

---

### Características generales de su expresión social

---

Más objetivo	Más subjetivo
Más cuantitativo	Más cualitativo
Con algún matiz egoísta	Con marcado desprendimiento material
Campo del folklor, ciencia y arte	Interpersonal, ético y humanístico
Evidencia cultura general	Evidencia bondad y solidaridad
Conocimientos y habilidades	Actitudes y virtudes
Tiene especificidades regionales	Tiene carácter universal
Su ejercicio genera bienestar	Genera satisfacción ante el deber cumplido
Aporta al desarrollo social	Aporta al desarrollo humanístico

---

### Modalidades más frecuentes de expresión social

---

Incorporación de:    Responsabilidades y deberes con:

Ideología	La patria
Valores nacionales	La familia
Lengua natal	La pareja
Tradiciones	El prójimo
Costumbres	La ciencia
Modas	El arte
Estilo de vida	El deporte
Creencias	La fe en los creyentes

---

**Cuadro.** (Continuación)

---

Desarrollo en:	Desarrollo de rasgos del carácter:
Ciencia	Altruismo y solidaridad
Artes plásticas y escénicas	Honestidad y lealtad
Literatura	Estoicismo y bondad
Educación formal	Sensibilidad humana y eticidad
Deportes	Compasión y desprendimiento
Apreciación estética	Sinceridad y gratitud

---

## **Relación equipo de salud-paciente-familia: su relevancia como expresión de humanismo, espiritualidad y ética**

### **Introducción**

La concepción sistémica, la objetividad, la multifactorialidad, el historicismo y la práctica social transformadora, constituyen los cinco principios fundamentales que se deben tomar en cuenta para la aplicación práctica de nuestra filosofía en el campo de la salud y de las gestiones integrales orientadas a elevar su nivel en la población. Consideramos, sin embargo, que a escala mundial estos principios son frecuentemente olvidados cuando se aborda la más importante relación interpersonal de servicios en el contexto asistencial: la clásicamente denominada relación médico-paciente.

Pretendemos proponer algunos argumentos para sostener este criterio, con el objetivo final de

invitar a la reflexión sobre qué es en nuestros días la relación médico-paciente, y cómo hacer más efectivos los esfuerzos individuales y colectivos para optimizarla al máximo de nuestras potencialidades.

Indiscutiblemente se trata de una relación entre personas y cumple los parámetros establecidos por Pedro Laín Entralgo, que exigen la posibilidad empática de ubicarse en el lugar de quien reclama ayuda en materia de salud, sentir como él o ella y disponerse a ayudarlos en la solución de sus problemas.

Estas tres fases son conocidas, respectivamente, como fase coejeutiva (que constituye el comienzo y sustento de la alianza terapéutica), fase compasiva (esencial por expresar la sensibilidad humana del prestador de ayuda y posibilitar la necesaria involucración en los problemas del reclamador de ayuda), y fase cognoscitiva (que permite la cristalización en la práctica<sup>15</sup> de la vocación para las gestiones de salud).

Sin embargo, resulta conveniente destacar que la tendencia mundial es considerar estos fenómenos como exclusivos de la relación del médico con el paciente, tendencia en algún grado comprensible si tomamos en cuenta que todavía arrastramos las concepciones originales establecidas cuando se perfiló definitivamente<sup>12</sup> el ejercicio médico como profesión.

Luego de la oscura etapa del Medioevo, cuando el fenómeno salud-enfermedad era valorado en un contexto mágicomístico y atendido en consecuencia mediante recursos utilizados por el cle-

ro, el Renacimiento, como movimiento social restaurador determinó que, como ave fénix, surgiera de sus cenizas -y esta vez con carácter definitivo- el rol profesional brillantemente delimitado muchas centurias antes por Hipócrates, Galeno y Avicena, que pese a reducirse a la interacción médico-enfermo, y expresarse con mucha precedencia a la Revolución Cientificotécnica, así como al desarrollo de grandes grupos poblacionales, contaba desde entonces con todas las potencialidades para la meteórica expansión de sus necesidades, objetivos, recursos y métodos.<sup>5</sup>

Los avances de las ciencias médicas, al ampliar la primitiva gestión diagnosticoterapéutica y determinar el actual espectro de acciones promocionales, protectoras, preventivas, epidemiologicosanitaristas, diagnósticas, terapéuticas, rehabilitatorias, docentes, investigativas, periciales, gerenciales y editoriales, determinaron la necesaria proyección multidisciplinaria. Desde entonces, *la figura única del prestador de ayuda devino equipo de salud, integrado ahora no solo por profesionales, técnicos y tecnólogos, sino también por personal administrativo y auxiliar que cumple funciones nada desestimables, según su perfil laboral, e interactúa necesariamente en el plano interpersonal con el otro componente de la relación, otrora limitado al paciente, pero ampliado en nuestros días a los familiares, vecinos allegados, compañeros de trabajo y representantes de organizaciones sindicales,*

*políticas y de masas, todos -y cuanto más, mejor- interesados por la situación de un enfermo o por el mantenimiento de la salud en quien la disfruta.*<sup>18</sup>

Una breve reflexión nos permite concluir que, en nuestros días, limitar la relación interpersonal de servicios en el campo de la salud al médico y al enfermo expresaría una flagrante violación de los principios:

- De objetividad: por abordar conceptualmente la relación guiados por prejuicios ancestrales -bien alejados de la situación actual- con la consecuente distorsión y, cuando menos, percepción reduccionista de sus complejidades.
- Sistémico: por no tomar en cuenta a los restantes integrantes del sistema de salud en lo referente al capital humano profesional, técnico, administrativo y auxiliar, ni a los representantes de la red familiar, laboral y social de apoyo, de trascendental significado para muchas de las acciones integrales que se vayan a desarrollar.
- Multifactorial: porque la focalización al paciente y al médico implica también el olvido del medio en sus vertientes cultural y social, con la implícita subvaloración de los factores nocivos del entorno y las potencialidades terapéuticas existentes en él. Por otra parte, limita la apreciación de la notable repercusión sobre la familia, de muchas afecciones como aquellas con riesgo mortal, o las adicciones que afectan el comportamiento.

- Del historicismo: por no valorar el marco historicosocial y económico en el que la relación se desarrolla, contexto que inevitablemente matiza, en algún grado, las necesidades, objetivos, actitudes, habilidades y tiempo disponible de los diferentes participantes en la relación.
- De la práctica social transformadora: por expresar, mediante el enfoque dual, la subvaloración de los recursos inherentes a la red de apoyo familiar, laboral y social, capaces de cambiar el desarrollo de la enfermedad y prevenir complicaciones y secuelas -también modificables en sus posibles actitudes negativas hacia el paciente- mediante las influencias orientadoras del equipo.<sup>19</sup>

Aunque en un programa de optimización de los servicios, que conduzca a una relación positiva equipo-paciente-familia, pueden valorarse además múltiples aspectos que incluyen hasta las condiciones esteticomateriales del hospital, policlínico o consultorio, y el desarrollo político, ideológico, cultural y científicotécnico de sus trabajadores -que nunca podrán descuidarse- en las presentes reflexiones haremos énfasis en las relaciones interpersonales de los trabajadores de la salud con los pacientes y familiares que reciben sus relevantes servicios.

En 1976 realizamos -en un hospital clinicoquirúrgico de Santiago de Cuba- un estudio publicado

en la Revista Cubana de Medicina con el título: *Las relaciones con el paciente en el marco institucional*, donde destacábamos que el éxito de esta relación dependía de todos los integrantes del equipo del centro.<sup>20</sup>

Desde entonces valorábamos al equipo de salud como "integrado por una amplia gama que incluye el personal de la ambulancia o el taxi hospitalario, el jardinero, el portero, el personal de información y admisión, el camillero, el ascensorista, la pantrista y el personal auxiliar de la sala, el personal administrativo, y desde luego los profesionales, técnicos y tecnólogos en los diferentes perfiles de trabajo". Resulta fácil inferir que cada uno de ellos contribuye, con su comportamiento, a que la relación que se establezca con el enfermo y los familiares sea positiva o negativa, pese a que sin lugar a discusión el mayor peso lo llevan aquellos miembros del equipo más directamente res-ponsabilizados con satisfacer las expectativas científicotécnicas de los usuarios, además de las interpersonales.<sup>21</sup>

Para nadie es un secreto que la enfermedad determina inseguridad y angustia, con la consecuente hostilidad, susceptibilidad e incremento de la demanda de calor humano que todo miembro del equipo de salud debe saber aportar, cualquiera que sea su personalidad y su grado de desarrollo cultural, político y técnico, aunque dicha potencialidad aumentará indiscutiblemente con la selección cada vez más estricta de personas con vocación, madurez, potencialidades compasivas y un nivel adecuado en los demás aspectos

enunciados, garantizados por el incontenible desarrollo de nuestra sociedad.<sup>15</sup>

En un estudio preliminar, efectuado 10 años atrás en un hospital clinicoquirúrgico de La Habana, utilizamos -mediante autoaplicación, precedida de orientaciones generales- la siguiente encuesta, aplicada a 30 pacientes y 30 alumnos de medicina, orientada a valorar el desempeño interpersonal de los diferentes miembros del equipo de salud.<sup>8</sup>

## **Evaluación del desempeño interpersonal de los trabajadores**

Datos del encuestado:

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Grado escolar terminado: \_\_\_\_\_

Esta encuesta, una vez concluida, será depositada por usted en un buzón para garantizar su carácter totalmente anónimo. Le rogamos califique cada pregunta encerrando en un círculo el número que considere más apropiado para expresar la calidad alcanzada por nuestros trabajadores en cada aspecto, durante su atención en nuestro centro. Aprecie que sobre las columnas de números están los significados aproximados y que el 10 representa la máxima calificación posible. Le rogamos sea muy sincero y seleccione un solo número como respuesta a cada pregunta. Cuando no tenga elementos para calificar alguna de ellas, encierre en un círculo el NP (no procede), pero, por favor, no deje interrogantes sin contestar. Puede preguntar si tiene alguna duda. Gracias.

Atención por parte del personal en general	Calificación que usted otorga a cada aspecto					
	Mal	Regular	Bien	Muy bien	Excelente	NP
¿Cómo califica?.....						
Trato de porteros y camilleros	1-2-3	4-5	6-7	8-9	10	NP
Trato en información y admisión	1-2-3	4-5	6-7	8-9	10	NP
Trato de auxiliares y pantristas	1-2-3	4-5	6-7	8-9	10	NP
Trato del personal de enfermería	1-2-3	4-5	6-7	8-9	10	NP
Trato de técnicos (rayos X, laboratorio, etc)	1-2-3	4-5	6-7	8-9	10	NP
Trato de estudiantes de medicina	1-2-3	4-5	6-7	8-9	10	NP
Trato del personal médico	1-2-3	4-5	6-7	8-9	10	NP
Atención por parte del médico						
¿Cómo califica?.....						
Su interés en escucharlo atentamente	1-2-3	4-5	6-7	8-9	10	NP
Su conducta respetuosa y amable	1-2-3	4-5	6-7	8-9	10	NP

	Mal	Regular	Bien	Muy bien	Excelente	NP
El reconocimiento que le hizo	1-2-3	4-5	6-7	8-9	10	NP
La información que le dio sobre su salud	1-2-3	4-5	6-7	8-9	10	NP
Atención por el personal de enfermería						
¿Cómo califica?.....						
El cuidado de su pudor	1-2-3	4-5	6-7	8-9	10	NP
La actitud de comprensión y solidaridad	1-2-3	4-5	6-7	8-9	10	NP
La puntualidad al cumplir indicaciones médicas	1-2-3	4-5	6-7	8-9	10	NP
El cuidado del secreto profesional	1-2-3	4-5	6-7	8-9	10	NP
La atención por igual a conocidos y desconocidos	1-2-3	4-5	6-7	8-9	10	NP

Si desea hacer alguna otra observación sobre aspectos positivos o negativos, puede utilizar estos renglones o hacerlo al dorso de la página.  
 Por favor, revise otra vez la encuesta para no dejar preguntas sin contestar y después deposítela doblada en el buzón. Muchas gracias por su cooperación.

En la encuesta se exploró, primero, la significación conferida dentro de su tratamiento a los aportes de los integrantes de los diferentes perfiles de trabajo, después se aplicó nuevamente y se solicitó que se calificara la calidad lograda en su desempeño interpersonal, según la apreciación de los pacientes y alumnos de medicina; los resultados se exponen en la tabla que aparece al final del capítulo.

Estos resultados, pese a no ser representativos por la reducida muestra explorada, evidencian, sin embargo, además de la habitual y positiva actitud hipercrítica de los estudiantes -recogida en diferentes estudios similares- que la significación conferida por los pacientes al buen trato del personal auxiliar fue mayor que la conferida por los alumnos, sin que hubiese diferencias relevantes en las referidas al personal profesional y técnico.

A partir de las tendencias apreciadas podríamos preguntarnos cómo repercutiría sobre un paciente grave, o con manifestaciones determinantes de ansiedad, el trato áspero que podría recibir de cualesquiera de los miembros administrativos y auxiliares, pese a que el efecto nocivo sería más significativo si viniera del personal profesional y técnico, necesariamente más consciente del valor de sus comunicaciones verbales y extraverbales ante un enfermo angustiado.

Reflexionemos también sobre el caso de una madre agobiada por el desfavorable pronóstico acerca de su hijo hospitalizado, que sea incre-

pada por una compañera auxiliar de limpieza al no percatarse de que el piso está húmedo, o el de una pantrista incapaz de sensibilizarse ante la anorexia de una paciente aquejada por un dolor y omite frente a ella palabras solidarias cuyos efectos positivos con seguridad desconoce por no haber recibido la adecuada formación por parte nuestra.

Destacamos estos aspectos porque en nuestro trabajo por más de 30 años en comunidad terapéutica -cuya esencia es el aprovechamiento de las potencialidades de ayuda de todas las personas que interactúan con los usuarios dentro de una institución- hemos percibido que el reclamo de solidaridad en pacientes angustiados no discrimina la jerarquía del miembro del equipo de salud que la transmite, y que muchas veces una palabra de consuelo a tiempo por parte de cualquier miembro del equipo vale tanto como el más efectivo medicamento.

Por otra parte, las frustraciones implícitas en el trato áspero de cualquiera de los prestadores de ayuda generan, habitualmente, un alto nivel de hostilidad en el usuario, que puede neutralizar los esfuerzos orientados a superar la ansiedad, inseguridad y susceptibilidad que con frecuencia se manifiestan ante la pérdida de la salud.

Aunque estas manifestaciones clímax son excepcionales en nuestro medio, las utilizamos como paradigmas de las potencialidades de hacer daño a quien debemos aliviar. Insistimos en que el mé-

dico integral en su proyección comunitaria debe enfatizar el desarrollo de todos los miembros de su equipo en sus potencialidades para mitigar el dolor y transmitir consuelo, y hacerles saber cuán importante resulta para los pacientes, apreciar que hasta los más humildes miembros del equipo se involucran, en la medida de sus posibilidades, para ayudarlos a enfrentar la ansiedad acompañante de la enfermedad.<sup>3</sup>

De estas apreciaciones se deriva la recomendación de que junto a las actividades orientadas a elevar cada vez más el desempeño profesional y ético de los profesionales, técnicos y tecnólogos de la salud, deben realizarse también a nivel sindical y administrativo -aunque con participación tutoreal de los profesionales más calificados- programas de enseñanza orientados a desarrollar la educación formal del personal auxiliar y administrativo, así como a elevar su nivel de conciencia sobre el significado de sus actitudes amables y solidarias dentro del complejo sistema de interacciones personales entre el paciente, sus allegados y los miembros del equipo.

Sin duda alguna, el facultativo, por su alta calificación científicotécnica y entrenamiento interpersonal, es el máximo responsable de que nuestros usuarios y sus familiares satisfagan sus expectativas científicas e interpersonales cuando asumen el angustioso rol de reclamador de ayuda en materia de salud, y de que dicha responsabilidad se generalice a todo el equipo para hacer fac-

tible que en lugar de restar efectividad a los esfuerzos por mantener una relación médico-paciente exitosa, se sumen sus aportes, objetivo que lograremos cuando seamos capaces de desarrollarles la conciencia de que sus actitudes y comportamientos significan para los usuarios mucho más de lo que generalmente suponen.

## **Resumen**

Se destaca la notable significación de los principios sistémico, de objetividad, multifactorialidad, historicismo y de la práctica social transformadora en su aplicación a la gestión asistencial, y se argumenta que en las condiciones mundiales actuales del ejercicio de la medicina, la clásica relación médico-paciente se ha expandido a la relación equipo de salud-paciente-familia.

Se comentan algunos factores determinantes de las modificaciones de la relación médico-paciente, originalmente limitada al facultativo y al enfermo. Se discuten los resultados de un estudio preliminar donde se exploraron, en un centro asistencial, las apreciaciones de pacientes y estudiantes sobre el significado del desempeño interpersonal de los miembros del equipo de salud en sus niveles, profesional, técnico, administrativo y auxiliar.

Se invita a la reflexión sobre los efectos nocivos que pueden derivarse del trato inadecuado de los diferentes integrantes del equipo y se propone

que el médico, como responsable básico, se preocupe por sensibilizar a sus compañeros en relación con el significado de sus actitudes y comportamientos ante los enfermos y sus familiares.

**Tabla.** Significación conferida y calificación otorgada al desempeño interpersonal por pacientes y estudiantes

	Pacientes		Estudiantes	
	Signifi- cación	Califi- cación	Signifi- cación	Califi- cación
Porteros y camilleros	7,6	6,0	6,5	2,6
Personal de informa- ción y admisión	7,8	6,4	6,9	3,5
Auxiliares generales y pantry	8,0	6,4	7,3	2,9
Personal de enfer- mería	9,1	7,4	9,1	5,3
Técnicos de laboratorio y rayos X	8,3	6,6	8,3	5,7
Personal médico	9,5	8,1	9,6	6,9

## **Entrevista médica: importancia del cumplimiento de sus etapas**

### **Introducción**

El establecimiento óptimo de la relación médico-paciente implica el imprescindible encuentro de los participantes, con características específicas según sea el tipo de enfermedad y el contexto del trabajo médico que pueda acontecer en un cuerpo de guardia, en la sala de un hospital, en la consulta de un policlínico, en el consultorio o en el domicilio del paciente. Aun cuando estas situaciones imprimen a la entrevista matices distintivos, en todos los casos podemos delimitar etapas esenciales, cuya observación facilita que se cumplan los objetivos perseguidos por el médico y el paciente. Estas etapas son: la recepción, la identificación, el interrogatorio, el examen físico, el manejo de complementarios, la información, las medidas terapéuticas y la despedida.<sup>3, 22</sup>

Las reflexiones que siguen tienen como propósito transmitir algunas experiencias acumuladas durante 42 años de ejercicio médico general y psiquiátrico, en condición de observador participante, y mediante algunas investigaciones aplicadas desarrolladas por nuestro equipo.

La motivación básica para la redacción de este tema es la apreciación de que algunos aspectos de la entrevista tienden a ser valorados a nivel mundial con diferente énfasis por los facultativos y los usuarios, con la consecuente recíproca disminución de la satisfacción técnica e interpersonal que habitualmente acompaña la praxis médica.

## **Definición**

La entrevista es el encuentro, con objetivos profesionales, del facultativo con el enfermo, y constituye el marco temporal, espacial y metodológico donde se desarrolla la mayor parte del ejercicio asistencial en el ámbito de la salud.<sup>12</sup>

## **Diferentes etapas de la entrevista**

Utilizaremos como modelo el encuentro en la consulta externa, y a partir de aquí valoraremos sus diferentes etapas:

- Recepción: la primera impresión, cuya importancia es conocida en cualquier relación humana, alcanza en el trabajo médico una extraordinaria significación si recordamos la inseguridad, la angustia y las reservas con las que los pacientes, por lo general, vienen a la entrevista. Algunos "pequeños" aspectos, a veces olvidados durante el recibimiento de un enfermo, pueden facilitar notablemente el establecimiento de una buena relación o dificultar tal objetivo.

Es importante destacar que este es el momento en que comenzamos a escrutar al paciente, a pesar de que nosotros hemos sido valorados desde la sala de espera, donde el enfermo ha estado atento a nuestro trato cuando llamamos a quienes lo preceden y también a las manifestaciones extraverbales de quienes han recibido nuestros servicios.<sup>21</sup>

Un médico, interesado en dar una buena impresión para aumentar la seguridad de su enfermo desde el primer momento, debe intuir la frecuente posición *one down* en que espontáneamente se ubica este enfermo ante un facultativo y para superarla, *en forma siempre planificada*, debe llamar al paciente por su nombre, recibirlo de pie, estrechar su mano e indicarle su asiento para evitar situaciones de ambigüedad, que generan ansiedad.

Hace 30 años visitamos a un compañero, Ministro de Salud Pública, para plantearle un problema personal, y nuestra situación de desventaja quedó atrás cuando aquel prestigioso funcionario se puso de pie, nos estrechó la mano y nos mostró que se había preocupado por memorizar nuestro nombre, el cual se encontraba en la carta de solicitud que tenía en su agenda de trabajo. Recuerdo nítidamente mi sorpresa y mi rápida reflexión en el sentido de que cualquiera que fuese su respuesta a mi solicitud, me sentiría satisfecho por el trato recibido. Lo que vino después de esta experiencia formadora fue una simple

traspolación de lo ocurrido a la experiencia cotidiana de recibir en mi trabajo a personas que reclaman ayuda en el campo de la salud. Desde entonces trato siempre de reproducir con mis pacientes, aquel magnífico y espontáneo gesto, expresivo del alto nivel ético y espiritual de quien, sin proponérselo, me impartió una clase magistral de humanismo; el celo por aprovechar esa enseñanza es siempre mayor cuanto más humilde es el usuario, ya que son ellos precisamente los que pueden beneficiarse de esa conducta médica planificada, como todo lo que debe hacer el facultativo en su encuentro con pacientes y familiares.<sup>17</sup> Cuando se logra una recepción con actitud afable y respetuosa se abre la puerta al éxito de la entrevista y de la relación; muchas veces es desde entonces que aparece el despertar de la fe, descrito desde 1979 por Shapiro y Frank como un notable efecto placebo de la relación médico-paciente.<sup>23</sup>

- Identificación: la toma de los datos de identidad puede ser una forma muy hábil de iniciar la conversación con el enfermo, por lo general inhibido en este momento de la entrevista. De otra parte, los datos generales -donde se incluyen la edad, el estado civil, la ocupación y la procedencia- brindan al médico elementos muy útiles para definir ante qué tipo de paciente se encuentra.<sup>18</sup>

Un aspecto muy importante es la utilización de preguntas que se adapten al nivel que considera-

mos tenga el enfermo, ya que en este momento se inicia formalmente la comunicación verbal, y el paciente, con frecuencia, viene con la preocupación de no comprender el lenguaje técnico del médico, lo cual provoca una notable ansiedad cuando se utilizan términos ausentes en su vocabulario. Hablar con brevedad acerca de algún tema extramédico, si el interrogatorio lo propicia, es también un buen recurso para relajar tensiones. Por ejemplo: así que usted es deliniente ¡ese debe ser un trabajo muy interesante!<sup>24</sup>

No podemos olvidar que cualquiera que sea nuestra especialidad, la valoración integral de un enfermo comienza siempre por el conocimiento básico de sus características sociodemográficas.

- Interrogatorio: esta es una de las etapas más importantes. Con ella comienza el *trabajo médico tal como lo ve el paciente*, ya que se entra en materia. El interrogatorio -mediante la toma del motivo del ingreso o consulta, la historia de la enfermedad actual, los antecedentes familiares y personales, la historia psicosocial y los hábitos tóxicos- es el medio principal por el que se establece la relación médico-paciente, al manifestarse durante él la actitud del médico frente al enfermo, mostrando su respeto, corrección, interés humano y actitud de no enjuiciamiento ante las comunicaciones verbales y extraverbales del paciente.<sup>25</sup>

Cualquiera que fuese el nivel cultural del enfermo, su intuición le permite valorar que el interro-

gatorio adecuado es una de las mejores herramientas diagnósticas del facultativo. Por su parte, el médico debe evitar las preguntas sugestivas o inductoras, ya que estas pueden llevar al paciente a dar respuestas falsas para seguirle la corriente al médico. Valoremos las siguientes comunicaciones:

- Cuénteme, ¿qué le pasa?
- ¿Duerme bien o tiene dificultades?
- ¿Le duele la cabeza?
- ¿Ha tenido dificultades con la erección, verdad?

Como salta a la vista, en la primera no hay efecto sugestivo; la segunda es alternativa; la tercera, sugestiva pasiva; y la cuarta, sugestiva activa. El tercer tipo de pregunta y, sobre todo, el cuarto, pueden implicar respuestas que distorsionen la realidad y, en ocasiones, hasta provocar iatrogenia. Al concluir esta etapa, el paciente ha valorado el grado de preocupación que el médico muestra por su caso, y este ha obtenido elementos importantísimos para lograr su objetivo. Además, debe haber definido en qué momentos del interrogatorio se evidenciaron resistencias.<sup>26</sup>

- Examen físico: es, sin duda alguna, la etapa de la entrevista de mayor valor para el paciente, ya que este considera indispensable *un buen reconocimiento*. En él desempeñan un papel importante los equipos médicos, que simbóli-

- camente le permiten "dialogar con la ciencia". El médico debe tener esto muy en cuenta para no limitar sus exploraciones ante enfermedades de valoración fácil, sin olvidar que un examen superficial siembra dudas notables en el enfermo sobre el valor de las apreciaciones diagnósticas y del tratamiento impuesto con posterioridad. Es también importante destacar que el examen físico constituye el momento más difícil para el paciente, quien nos escruta presa de la angustia y busca en nuestras comunicaciones cualquier signo que indique el hallazgo de una afección severa. Es necesario que el médico programe el examen físico y tenga en cuenta estos aspectos, sin olvidar las preocupaciones que sobre el funcionamiento de los órganos vitales tales como el corazón, los pulmones y otros, tiene por lo general el paciente, aunque muchas veces no lo comunique por resistencia. Las expresiones verbales y extra-verbales positivas, planificadas durante el examen físico, tales como: tiene usted un corazón muy sano, sus pulmones están muy bien, su organismo es 20 años más joven que usted, son recursos muy eficaces para transmitir seguridad al enfermo y deben utilizarse con mayor frecuencia.<sup>5</sup>
- Manejo de exámenes complementarios: en concomitancia con el desarrollo de la ciencia, los complementarios han adquirido, de forma progresiva, gran importancia para los participantes en la entrevista.

El médico debe evitar, a toda costa, las tensiones que puedan originarse en el paciente acerca de estos exámenes, explicando su objetivo como una comprobación rutinaria. Igualmente, debe cuidarse de manifestar cualquier duda sobre los resultados, así como controlar sus comunicaciones verbales y extraverbales; las últimas son las de más difícil dominio. Por otra parte, será discreto al llenar las órdenes de los complementarios que manipule el enfermo y evitará en ellos términos diagnósticos de mal pronóstico y de conocimiento popular.

- Información: importantes estudios internacionales han evidenciado que limitar la información al enfermo constituye la más significativa deficiencia de la entrevista médica a nivel mundial y esta deficiencia generalmente aparece cuando el médico no se esfuerza por ubicarse en la situación del enfermo, posición que le permitiría recordar que uno de los objetivos del paciente es saber qué tiene y cuál es el pronóstico. El médico debe satisfacer esta demanda de manera adecuada, programando siempre la forma y la profundidad de la información.<sup>12</sup>

La ausencia de información es una frecuente fuente de iatrogenia por omisión y, como contrapartida, exagerar la información transmitiendo aspectos pronósticos desfavorables, innecesarios para el objetivo propuesto, constituye una de las más frecuentes iatrogenias por comisión.<sup>13</sup>

Un ejemplo del primer tipo sería la información médica: "lo que ha determinado esos dolores es una úlcera duodenal". Hubiese sido muy oportuno agregar: "con el tratamiento adecuado ese problema será resuelto en breve plazo".

La contrapartida sería ejemplificada ante otra afección hipotética con esta información: "en realidad esta enfermedad evoluciona muy satisfactoriamente *y solo en el 15 % de los casos se maligniza*" (como se infiere, la información destacada en letra cursiva debió ser evitada).

- Medidas terapéuticas: esta es la etapa culminante de la entrevista, ya que durante ella se indican los recursos que devolverán al paciente la salud perdida. El médico deberá hacer su planeamiento terapéutico teniendo en cuenta los niveles biológico, psicológico, social, cultural y espiritual de su paciente, sobre la base de la historia integral que ha recogido. Es importante saber aprovechar la sugestibilidad determinada en el enfermo por medio de la entrevista, para aumentar, por la vía psicológica, el efecto de nuestras prescripciones. Este valioso recurso, categorizable como sugestión indirecta, sería mucho más utilizado si todos los facultativos valoraran justamente sus relevantes efectos, que van mucho más allá de lo que por lo general se piensa.<sup>14</sup>

Las indicaciones se harán siempre por escrito, evitando los peligrosos *métodos verbales* que

con frecuencia se olvidan o interpretan en forma distorsionada.<sup>15</sup>

Notables precauciones hay que tener con la escritura, para evitar los métodos totalmente ilegibles que no cumplen, por tanto, el objetivo perseguido.

- La despedida: es importante saber cerrar la entrevista y definir ante el enfermo el momento de su retirada; aconsejamos que una vez señalada la reconsulta se le estreche la mano y se hagan recomendaciones ansiolíticas finales, tales como: "bien, haga el tratamiento como está indicado y verá que todo se resolverá". En ocasiones es útil la palmada en la espalda, aunque solo se debe dar cuando venga bien con la personalidad de ambos participantes.

## **Resumen**

Con el propósito de reflexionar sobre la significación del cumplimiento adecuado de las etapas de la entrevista para lograr una relación médico-paciente positiva y facilitar con ello la satisfacción técnica e interpersonal de los usuarios en el campo de la salud, se parte del paradigma asistencial de la consulta externa, para destacar sus etapas clásicas, y se comenta su significado para el paciente.

Se destaca la frecuente subvaloración de la recepción y la despedida, así como las iatrogenias por omisión determinadas por el nada excepcional escaso nivel de información transmitido por

los facultativos, deficiencia técnica considerada como la más frecuente a nivel mundial.

Se enfatiza la significación del planeamiento médico a punto de partida de los objetivos del paciente y no de lo que el facultativo considere como suficiente, so pena de frustrar importantes expectativas de los usuarios.

## **Etapas históricas de la relación médico-paciente**

### **Introducción**

Durante sus interacciones con otros seres humanos, el hombre establece diferentes tipos de relaciones, algunas de tipo superficial, como las desarrolladas al preguntar la hora a un transeúnte, y otras de carácter mucho más complejo, en las que al menos uno de los participantes debe saber ponerse en el lugar del otro, sentir en algún grado como él o ella, y disponerse a ayudarlo en el enfrentamiento a cualquier dificultad. En este último caso se trata de relaciones como las que establecemos con nuestros familiares, amigos, compañeros de trabajo o estudio, y con la persona amada. Estas son las relaciones interpersonales.

### **Definición**

En este tema definiremos operativamente la relación médico-paciente como: "la relación interpersonal que sirve de base a las gestiones fundamentales del equipo de salud".

Apréciese que esta definición supera la del ancestral modelo diagnosticocurativo de la profe-

sión médica implícito en la utilización del término paciente y limitado solo al médico. Sin embargo, en nuestro criterio la denominación relación médico-paciente debe conservarse en lo semántico, por su histórico y profundo arraigo, y por ser la relación prototipo de la gestión de salud, aunque su conceptualización debe expandirse como ya señalamos.

La motivación fundamental para proponer las siguientes reflexiones es nuestra apreciación de que en la praxis contemporánea del equipo de salud se evidencia, al nivel mundial, una catastrófica tendencia a subvalorar el alto significado médico social y humano de los profundos vínculos afectivos que se establecen entre quienes ofrecen ayuda en materia de salud y quienes la demandan, inferencialmente presentes desde los albores de la humanidad.

## **"Filogenia"**

Cuando el australopiteco alcanzó el desarrollo necesario para *sentirse conmovido* ante la enfermedad de otro prehomínido y optó por sentarse junto a él como único medio disponible para expresarle su disposición de ayuda, seguramente ignoraba que su comportamiento se inscribiría en la historia como la primera relación de ayuda en materia de salud y que a partir de aquel momento quedarían delimitados, en su esencia, los papeles de *reclamador de ayuda* y *prestador de ayuda*

con similar nitidez -en lo que se refiere a comunicación humana- que los roles de *paciente y médico*, o con criterio más amplio de *usuario y equipo de salud*.<sup>5</sup>

En efecto, este antecesor del hombre, pese a carecer de lenguaje hablado y contar solo con un esbozo de lo que hoy llamamos conciencia, cumplió magistralmente con dicha acción los tres requisitos básicos de la relación interpersonal, descritos por Pedro Laín Entralgo un millón de años después,<sup>15</sup> es decir, fue capaz de ubicarse en el lugar de la otra persona, sentir como ella y disponerse a ayudarle en la medida de sus posibilidades, limitadas en su etapa prehistórica a la transmisión extraverbal de solidaridad, y a ofrecerle protección y cuidado solícito. El resto era esperar la curación espontánea o la muerte.

Con el paso del tiempo, dicha *función* devino *profesión*, y el establecimiento de esta responsabilidad social expresó, desde la comunidad primitiva, la norma moral de ser justos ante los enfermos.<sup>6</sup>

Durante milenios, nuestros antecesores no pudieron hacer otra cosa que sentarse junto al enfermo, pero con este comportamiento establecieron la *fase histórica de compañía* de la relación que nos ocupa.

Como se puede apreciar, a la luz de nuestros conocimientos actuales, desde entonces se manifestaron no solamente las fases coejecutiva (alianza), compasiva y cognoscitiva de la tríada planteada

por Laín Entralgo, sino también los más relevantes principios de la ética médica: el respeto al paciente (autonomía), la beneficencia, la no maleficencia y la justicia,<sup>18</sup> y más importante aún, se expresó por vez primera la regla de oro de la ética médica, tratar al enfermo como quisiéramos nosotros ser tratados de estar en su situación.

Después vino la *etapa mágica*, en la que el *shaman* pretendió usar poderes sobrenaturales en la relación y sumó a los efectos placebo implícitos en su rol social, recursos como la sugestión y la catarsis, muchos milenios antes de que fueran descritos como "herramientas" psicoterapéuticas.

El desarrollo del animismo, con el consecuente politeísmo, condicionó la aparición de la etapa mística, en la cual la apreciación de las enfermedades como resultado de miasmas o impurezas que debían eliminarse por medios exorcistas, condicionó la invocación a los dioses, así como la proliferación de las ofrendas y sacrificios de personas y animales, que luego evolucionaron al banquete sacramental, mecanismo que posibilitó la generalización relativa de la ingestión de sustancias psicoactivas denominadas *pharmakon*, orientadas entonces a establecer contacto con los dioses (efecto enteógeno), misión exclusiva de los *shamanes* y hechiceros, hito de alta relevancia en la progresiva utilización social de las drogas.<sup>28</sup>

Con posterioridad, la "areola" magicomística de la relación fue paulatinamente atenuada, y tuvieron lugar aportes científicos relevantes (de

Hipócrates, Galeno y Avicena), pero en el Medioevo, cuando todo era visto en razón de Dios, se estableció la *etapa clerical*, al ser los sacerdotes y monjes quienes asumieron el rol médico y los monasterios, el de instituciones de salud.<sup>29</sup>

Por último, fue con el Renacimiento que se recuperó el carácter profesional de la gestión médica y se delimitó la *etapa profesional*. De esa forma, a lo largo de un proceso transicional que duró siglos, se atenuó el halo mágicomístico y se reafirmó el rango científico profesional del ejercicio de la medicina con el prototipo del médico de familia del fines del siglo XIX y comienzos del XX, período durante el cual sus concepciones básicas de trabajo fueron sucesivamente somatistas, bajo la hegemonía de la ley de Virchow y el concomitante aislamiento del *Treponema palidum* en los enfermos con parálisis general progresiva, forma demencial de sífilis terciaria que hacía verdaderos estragos en la época. A fines del siglo XIX, con los aportes del psicoanálisis, se alcanza la concepción psicosomática del hombre y sus afecciones, para que años después, gracias a los aportes de los sociólogos marxistas y psicoanalistas culturalistas, así como a las experiencias de la primera guerra mundial, se hiciera evidente la significación del medio, lo que posibilitó la visión integral biopsicosocial y el reforzamiento de los criterios sanitaristas, epidemiológicos y ecologistas en el campo de la salud y la enfermedad. Cristalizó así la *etapa integral de la relación médico-*

*paciente* y con ella la praxis desarrollada por el médico de familia, que en su versión clásica se erigió como paradigma de integralidad, humanismo y profesionalidad.<sup>24</sup>

En efecto, este médico, que ejercía en pequeños poblados, era un profesional integral espontáneo, pues tomaba en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales de sus usuarios y utilizaba recursos biológicos, psicológicos, sociales, *culturales* y *espirituales*. Destacamos estos dos últimos y avanzados niveles, tanto en la escala jerárquica de la integralidad del ser humano, como en lo referente al arsenal terapéutico de un profesional de la salud.

Recordamos que las definiciones operativas de *lo cultural* y *lo espiritual* se vinculan respectivamente con los *intereses personales* en el medio de procedencia (tradiciones, costumbres, idioma, folclor, gusto estético y sentido de pertenencia), así como con los valores éticos, axiológicos y deontológicos (asumir como propias las necesidades de otros y expresar sensibilidad humana, capacidad compasiva, solidaridad y deseo de involucrarse).

El ejercicio profesional de este médico, pese a su énfasis diagnosticoterapéutico, era matizado desde inicios del siglo XIX por acciones promocionales y preventivas, así como por una incipiente concepción ecológica de la salud, y se caracterizaba, además, por establecer magníficas relaciones interpersonales con pacientes, familiares y usua-

rios sanos, con quienes necesariamente interactuaba en su proyección social.<sup>21</sup>

Sus gratificaciones, más que materiales, eran vocacionales y morales, y su misión comunitaria era tan valorada por la población, que aun sin proponérselo, se convertía en un líder de rango similar al maestro, el sacerdote, el alcalde o el juez. El deseo de involucrarse de forma integral en las problemáticas de las familias que atendía, alcanzó su clímax histórico y la medicina se convirtió en la más humana de las profesiones.

Después vino la industrialización acelerada, la migración a las grandes ciudades y la centralización e institucionalización de los servicios médicos con el consecuente distanciamiento entre el médico, el paciente, los familiares y otros usuarios.

Ocurrió así una reducción extraordinaria del caudal de información y de potencialidades integrales del facultativo, la comunicación médico-paciente-familia redujo notablemente su profundidad y el profesional comenzó a estar influido por la ola creciente de tecnificación, que al ser mal incorporada, le hizo llegar a pensar que sus objetivos se limitaban a la atención de los problemas que sus sofisticados equipos detectaran y a utilizar para su solución igual aparataje instrumental.

La concepción del hombre involucionó hasta asumirse como un conjunto de órganos y en las motivaciones para abrazar la profesión se apreció -en algunos futuros profesionales- la peligrosa

tendencia a priorizar lo económico sobre lo vocacional compasivohumanístico.

En increíble paso de retroceso, el objetivo médico fue otra vez tratar enfermedades y no enfermos.<sup>30</sup>

En esta *etapa tecnicista* se evidenció la primera gran crisis de humanismo de la profesión médica, proliferaron las superespecialidades, se expandió el equipo de salud, pero en el trayecto a la necesaria multidisciplinaridad se quiso prescindir del médico coordinador e integrador, y la relación médico-paciente, despersonalizada y dispersada, fue sepultada por toneladas de papeles con gráficas e informes de exploraciones cada vez más complejas, orientadas al nivel molecular,<sup>12</sup> en detrimento de la integralidad humana.

Este médico supertecnificado y despersonalizado se erigió en *antítesis* del médico de familia clásico hasta que se alcanzó la necesaria síntesis, expresada por el renacer del médico general integral contemporáneo (MGI), una vez rescatados los recursos psicosocioculturales y espirituales de su antecesor y aprovechados -en forma racional- los formidables avances conceptuales, epidemiológicos, diagnósticos, farmacológicos e instrumentales relacionados con la Revolución Científicotécnica.

A esta nueva fase propusimos llamarla en nuestro libro *La psicología en el campo de la salud y la enfermedad: etapa del generalista equipado*, capaz de un ejercicio regionalizado y sectorizado, que le permite el reencuentro huma-

no con sus usuarios y la simultánea utilización racional de la tecnología más avanzada.

En nuestro medio, el prototipo de esta fase es el médico de familia responsabilizado con las acciones integrales para garantizar la salud de sus usuarios<sup>31</sup> y con potencialidades interpersonales reforzadas por los aportes más relevantes de psicoanalistas, reflexólogos, comportamentalistas, existencialistas-humanísticos y seguidores de las corrientes comunicacionales y sistémicas.<sup>4</sup>

Es esta etapa del generalista equipado la que se desarrolla en la actualidad en Cuba y en algunos otros pocos países, con una verdadera voluntad política para llevar adelante los grandes esfuerzos necesarios para alcanzar esa formidable meta trazada por la OMS, Salud para todos, que desafortunadamente el mundo está aún lejos de alcanzar.

A manera de conclusión, recordemos que la *etapa integral de la relación médico-paciente*, con el médico de familia del siglo XIX y principios del XX, representó, en el desarrollo dialéctico de la relación más importante de nuestra profesión, la *tesis*; la *etapa tecnicista* de mediados del pasado siglo constituyó la antítesis, con un facultativo que subvaloró la clínica y la propia relación profesional, al creer que el aparataje a su disposición le permitiría cumplir con sus objetivos médicos y, en evolución retrógrada, casi llegó a considerar al ser humano como un conjunto de órganos, aparatos y sistemas, poco diferenciado de los seres

vivos que se atienden en veterinaria; y, finalmente, la *etapa del generalista equipado*, que resulta en Cuba la *síntesis* tan esperada en muchas latitudes, cuyos pobladores más humildes reconocen en nuestros médicos no solamente su alto nivel científicotécnico, sino también su elevada espiritualidad.

Aunque más adelante valoraremos las complejidades del ejercicio médico actual en otras latitudes, deseamos enfatizar el exergo médico de que "*en una relación médico-paciente existen solamente, a nivel planetario, dos alternativas: o se hace psicoterapia en cualesquiera de sus grados de complejidad o se hace iatrogenia*". El primer objetivo se alcanza, en gran parte, al garantizar una profunda relación humana con el usuario, ya que se establecen los llamados efectos placebo o inespecíficos de las relaciones profesionales positivas,<sup>32</sup> mientras que la iatrogenia en sus diferentes variantes de omisión o comisión, encuentra terreno abonado cuando se subvalora la relación y se actúa sin el planeamiento adecuado, después de identificar las problemáticas integrales de quien acude a nosotros en busca de ayuda en materia de salud.

A los generalistas equipados cubanos, que a diario nos llenan de orgullo como formadores médicos, y a los que en otras latitudes mantienen su vocación médica y principios humanistas, cualesquiera que sean las condiciones en que enfrentan sus responsabilidades profesionales, van es-

tas recomendaciones generales para desarrollar cada vez con más éxito sus relaciones con pacientes y familiares.

## **Recomendaciones para el manejo exitoso de la relación médico-paciente**

- Dé el valor que merece al significado de la relación médico-paciente positiva en el ejercicio de nuestra profesión y planifique siempre su comportamiento profesional para que sea exitoso.
- Trace la meta de perfeccionar sus relaciones médico-paciente, incremente la información sobre el tema y asuma una permanente actitud autocrítica en cada nueva experiencia profesional.
- Cumpla cuidadosamente los pasos de la entrevista médica.
- Dispóngase a ocupar el lugar del enfermo y sus familiares, y compórtese ante ellos como quisiera usted ser tratado en esa situación.
- Evite que sus problemas personales se reflejen en la relación médico-paciente.
- Muestre a sus pacientes el interés por conocerlos integralmente como personas.
- No pierda oportunidad para expresarles afecto.
- Tenga siempre presente las características de sus usuarios y profundice, además, en el conocimiento de sus propios rasgos de carácter y conflic-

tos personales no resueltos como profesional introspectivo.

- Trate de identificar los objetivos de sus enfermos y familiares, y dispóngase a satisfacerlos siempre que ello esté en sus posibilidades humanas y profesionales.
- Valore la posición de inferioridad en que se siente su paciente al inicio de la relación, y esfuércese por sacarlo de ella mediante un comportamiento respetuoso, afable, atento y amistoso.
- Obtenga información por todas las vías posibles y apórtela -siempre en forma planificada terapéuticamente- utilizando todos los medios que estén a su alcance.
- Recuerde que el paciente está dotado de mecanismos para ocultar o distorsionar sus situaciones generadoras de sufrimiento y vergüenza, mientras que usted cuenta con conocimientos y habilidades suficientes para explorarlas con honestidad, así como para valorarlas y orientarlas con humanismo.
- Tenga presente que la tolerancia ante las frustraciones es una expresión de madurez emocional y que todo médico debe esforzarse por ser cada vez más maduro.
- Antes de concluir su relación con un paciente asegúrese de que la pregunta: ¿he agotado todas mis posibilidades para dar a este enfermo lo que esperaba de mí?, pueda ser contestada afirmativamente.

## Resumen

Para destacar la significación humana de la relación profesional en el campo de la salud, se aborda su evolución desde los albores de la humanidad, y su desarrollo en espiral evidenciado en diferentes contextos sociohistóricos.

Se describen -en su esencia- las fases de compañía, mágica, mística, clerical, profesional, integral, tecnicista, y se propone la etapa actual del generalista equipado, considerada como expresiva del desarrollo dialéctico en el que la etapa integral, con el paradigma del médico de familia del siglo XIX y principios del XX, constituyó la tesis; la etapa tecnicista, con su trágica regresión, al considerar al hombre como conjunto de órganos, es valorada como la antítesis; y la etapa del generalista equipado, como la imprescindible síntesis para superar la gran crisis de humanismo derivada de la tecnología mal incorporada, que llevó en muchas latitudes a la catastrófica tendencia de alejarse de la clínica y su consecuente humanismo, y limitar los objetivos profesionales a "diagnosticar y tratar" las anomalías evidenciadas por sus recursos diagnósticos instrumentales.

El tema finaliza con 14 recomendaciones para perfeccionar las relaciones médico-paciente-familia, que se consideran generalizables a las relaciones de los diferentes miembros del equipo de salud con los usuarios.

## **Etapa contemporánea de la relación médico-paciente: macroparadigmas y microparadigmas que se deben tomar en cuenta para su desarrollo exitoso**

### **Introducción**

Las condiciones en que se desarrolla en la actualidad, al nivel mundial, la relación médico-paciente, son sustancialmente diferentes a las establecidas por el médico de familia de finales del siglo XIX y principios del XX, cuando se inscribió en la historia la etapa profesional de la relación que nos ocupa, período considerado como *la edad de oro* del humanismo, la espiritualidad y la ética en el ejercicio de nuestra profesión.<sup>21</sup>

Los espontáneos y profundos vínculos cognitivo-afectivos establecidos entre el médico de familia de entonces y sus pacientes, familiares y usuarios sanos, eran recíprocamente reforzados en la praxis cotidiana gracias a una comunicación que fluía con naturalidad de la convivencia en pequeños poblados, donde el médico, sin proponérselo, alcanzaba

un *status* social matizado por el profundo respeto, admiración y gratitud de sus usuarios que como miembros de la comunidad le otorgaban un rango similar al del maestro, el sacerdote y el alcalde.<sup>3</sup>

La valoración integral de los enfermos se facilitaba por el alto caudal de interacciones personales implícito en la vida en pequeñas comunidades, y las gratificaciones morales derivadas de la satisfacción del deber cumplido, determinaban en el profesional -por retroalimentación- un notable reforzamiento de su espiritualidad, que lo llevaba a sentirse cada vez más involucrado con la salud de sus conciudadanos. El nivel de sensibilidad, capacidad compasiva, disponibilidad a la ayuda e involucración total, alcanzaban su clímax en el devenir histórico de nuestra profesión.<sup>4</sup>

Con posterioridad, la industrialización, con la consecuente migración hacia las grandes ciudades, el incremento súbito de la tecnificación reflejada en los recursos diagnósticos y terapéuticos, los enfoques somatistas, así como la centralización de los servicios médicos, condicionaron que junto al alejamiento progresivo acusado entre el facultativo y sus usuarios, se evidenciara una catastrófica tendencia a subvalorar los recursos interpersonales y a enfatizar los aportados por una tecnología mal incorporada que opacó significativamente los profundos fundamentos humanísticos del ejercicio médico. Se apreció así, un trágico viraje, en el que la "luna de miel" entre facultativo y usuarios devino "luna de hiel", cambio trágico que matizó la sombría etapa tecnicista,

cuando se manifestó la primera gran crisis humanística en la medicina moderna.<sup>5</sup>

Afortunadamente, y como expresión del desarrollo en espiral, esta crisis fue superada con la aparición de una nueva visión integral, esta vez en profesionales equipados y se delimitó con dicho paso la etapa que hemos llamado del generalista<sup>12</sup> equipado.

Es esta la etapa que vivimos en nuestro medio, como país donde la salud es derecho del pueblo y responsabilidad priorizada del estado cubano, y donde el profundo humanismo y justicia del sistema social, expresado mediante un Sistema Único de Salud, centrado en el médico de familia, garantiza la satisfacción plena de la demanda de la población en forma gratuita y en el que afortunadamente no se manifiestan los actuales factores adversos para la relación profesional, que en otras latitudes conspiran contra el desarrollo de los vínculos afectivos entre el médico y sus usuarios. Entre estos factores adversos se cuentan:

- La aparición de las empresas privatizadoras del tipo *Managed Care* y *Health Maintenance Organization*<sup>3</sup> con la consecuente explotación económica, reducción del *status* del facultativo y cruenta limitación "normada" de los recursos diagnósticos y terapéuticos que se deben indicar, fundamentados ahora en objetivos económicos de los directivos, y no en el criterio profesional.

- La intrusión de la prensa sensacionalista en el ámbito médico.
- El surgimiento explosivo y brutal de las reclamaciones por *mal practice*, estimuladas por una horda de abogados cazademandas.
- La consecuente imperiosa necesidad de los seguros de *mal practice* cada vez más costosos para el facultativo.<sup>34,35</sup>

Estos y otros factores explican, en parte, las profundas frustraciones profesionales y la recíproca insatisfacción científicotécnica e interpersonal de los usuarios, caótica situación cuya más nefasta consecuencia es la transformación progresiva de la relación médico-paciente en una también "emergente" relación profesional, que podríamos llamar relación médico-demandante potencial", en la cual difícilmente pueda el facultativo cumplir, en forma adecuada, las tres premisas y fases fundamentales de las relaciones interpersonales descritas por Pedro Laín Entralgo.<sup>15</sup>

Es en los medios neoliberales, donde las crudas leyes del mercado convirtieron la medicina en mercancía y los enfermos otra vez en enfermedades, que estos factores antirrelación médico-paciente implican el inminente riesgo de una profunda crisis de humanismo, espiritualidad y ética:

- Crisis de humanismo, porque en dichas condiciones de ejercicio profesional es muy difícil que pueda sentirse respeto absoluto por la dignidad

del usuario ni involucrarse en su bienestar y desarrollo.

- Crisis de espiritualidad, por resultar en extremo difícil asumir como propias las necesidades de un paciente que se intuye como demandante potencial y totalmente desprovisto del arousal de la fe que tan bien matizó el ejercicio médico en otros tiempos, latitudes y sociedades.
- Crisis de ética, porque ni la autonomía, ni la beneficencia, ni la no maleficencia, ni la justicia, ni la "regla de oro" de comportarse ante el usuario como quisiéramos que se comportaran con nosotros de estar en su lugar, se expresan con la calidad adecuada cuando dejan de ser actitudes y virtudes médicas espontáneamente derivadas de la compasión y el sentido del deber para convertirse en exigencias expresadas en un terreno bien ajeno al interpersonal, el de la querrela judicial.

Como esperable reacción ante esta difícil problemática mundial, muchos bioeticistas han recurrido a la identificación, descripción, valoración y difusión de las más importantes áreas de conflicto ético que enfrenta el facultativo durante sus diferentes gestiones como organizador y promotor de salud, así como en su proyección diagnóstica, curativa y rehabilitatoria.

Cuando en otro tema valoramos las etapas históricas de la relación médico-paciente que denominamos sucesivamente de *compañía, mágica,*

*mística, clerical, profesional, integral, tecnicista y del generalista equipado*, decidimos posponer el abordaje de la etapa contemporánea y pensamos que ahora estamos en condiciones de hacerlo en forma comprensible.

Nicolás P. Ninos, en un formidable editorial de la Revista *Critical Care Medicine*<sup>36</sup> se refiere a esta carta recibida del familiar de un paciente recluido en su servicio de cuidados intensivos:

"Yo sé que usted piensa que la disposición de no permitir niños menores de 14 años en su unidad es una medida justa, pero ¿ha pensado cómo debe sentirse un niño de 9 años cuando se le prohíbe ver a su padre que quizá no viva lo suficiente para que pueda decirle otra vez, buenos días mi rayito de sol? Por favor, tenga en cuenta esto antes de romper otro corazón".

Con esta dramática situación, referida en un lenguaje en el que lo afectivo trasciende lo cognitivo, el autor describe brillantemente el paradigma técnico determinante del conflicto, cuyos polos extremos son las exigencias tecnológicas de nuestros días y el humanismo del profesional (cuadro).

Estas áreas de conflicto, delimitadas por dos polos y un amplio espectro que define el rango en que se pueden desplazar las decisiones de conciencia más frecuentemente planteadas a los facultativos actuales, se denominan macroparadigmas y microparadigmas bioéticos, según sea su campo de acción y grado de generalización.

Veamos ahora el *paradigma técnico* descrito por Ninos y apreciaremos que sus extremos -que representan fuerzas en dirección opuesta- son las exigencias tecnológicas ejemplificadas con la unidad de cuidados intensivos (y sus requerimientos de asepsia y disciplina), y el humanismo, expresado por la sensibilidad e involucración del profesor ante la situación angustiosa del niño.

El dejarse llevar por los sentimientos implicaría un riesgo técnico para los restantes pacientes y posiblemente también para el niño de 9 años, y cumplir las exigencias tecnológicas significaría enfrentarse a una dolorosa limitación para el niño. En definitiva, valorar la situación por parte del facultativo y tomar una decisión constituyen, sin duda alguna, una vivencia muy tensionante, es por eso que proponemos considerar los paradigmas como situaciones estresantes tradicionales o "emergentes." Estas últimas son las más vinculadas con los factores adversos descritos, que repercuten sobre el trabajo médico actual en el primer mundo.

En los países desarrollados, la trascendente necesidad de acudir sistemáticamente a los paradigmas como recursos éticos normativos, delimita, en la mayoría de las naciones industrializadas, la que proponemos llamar etapa paradigmática de la relación médico-paciente.

Stone<sup>37</sup> insiste en los *macroparadigmas* descritos por Elhauge,<sup>38</sup> cuando valora los conflictos que se deben enfrentar durante la distribución de

recursos en la atención a la salud, y que denomina *macroparadigma profesional*, cuyos polos conflictivos están representados por las normas establecidas y la calificación de los profesionales que se van a seleccionar y ubicar: *el moral*, donde se debaten a nivel de conciencia, los derechos de los usuarios y las posibilidades del proveedor; *el económico*, con los polos costo-beneficios; *el político*, cuyos extremos estresantes están representados por las necesidades y el presupuesto disponible, y que pretendió ser pragmática y trágicamente "resuelto" por el neoliberalismo, al plantear que los estados no deben preocuparse en torno a las necesidades de salud de la población ni al monto del presupuesto planificable, y que deben derivar dicho conflicto hacia empresas privadas mercantilistas a cuyos directivos seguramente este conflicto no les afecta el sueño. En otras palabras, este paradigma solo es en la actualidad aplicable a contados, pero dignos gobernantes que en algunos países -con independencia de su sistema socioeconómico- están conscientes del significado humano de la atención estatal a la salud.

Siguiendo esta línea de pensamiento podríamos referirnos también a *microparadigmas*, que en oposición a los descritos, actúan con mucho menor grado de generalización, pero se expresan directa y específicamente en la relación interpersonal profesional.

Describimos así, *el ético*, con los polos autonomía-paternalismo; <sup>39</sup> *el integral*, con el conflicto

entre lo biológico y lo psicosocioculturalespiritual; *el directivo*, con los polos activo-pasivo-participación mutua; *el didáctico*, con el espectro enseñanza activa-enseñanza pasiva; *el transferencial*, con los opuestos transferencia-contratransferencia; *el laboral*, con los extremos sacerdocio-profesión; *el confidencial*, delimitado por la protección individual-protección social, y cuyo más típico ejemplo se manifiesta en los casos de pacientes con SIDA; *el comunicacional*, con los extremos verbal-extraverbal, aspectos estudiados con profundidad por Borroto y Aneiros en nuestro medio;<sup>26</sup> *el de planificación*, con los polos conductas conscientemente programados, según las necesidades identificadas durante la relación-conductas espontáneas de altas potencialidades iatrogénicas; *el de calidad*, con los polos satisfacción-insatisfacción en las dimensiones descritas por Donabedian como técnica e interpersonal;<sup>40</sup> *el productivo*, expresión del conflicto demanda-tiempo; *el de campo de acción*, con los polos diádico (médico-enfermo) y multirrelación (institución, equipo, paciente, familiares, usuarios sanos y comunidad); y *el terapéutico*, con los extremos riesgo-beneficios.

Todos ellos, y seguramente muchos más, en un contexto representado en cada país por su momento historicosocial, sistema de producción y grado de prioridad conferido por el estado a la salud de la población.

En nuestra apreciación, el éxito de la relación médico-paciente en esta etapa paradigmática depende, en parte, del grado de conciencia que el prestador de ayuda tenga de los macroparadigmas y microparadigmas que lo influyen en cada momento y de su capacidad para planificar sus acciones con el propósito de acercarse -en el mayor grado posible- al polo que éticamente considere más adecuado.

Es indiscutible que, salvo en los contados países en que existe voluntad política para enfrentar las necesidades de salud de sus pobladores, la etapa paradigmática de la relación médico-paciente se caracteriza por el alto nivel de estresores que inciden sobre el profesional de la salud durante una praxis cada vez más ansiogénica, y la problemática que se plantea es ¿cómo mantener e incrementar el acercamiento humano durante la gestión médica en situaciones tan complejas?

En lo referente a macrosoluciones consideramos indispensable el abandono total de las proyecciones neoliberales, y en lo referente a los aspectos formativos creemos que la solución fue plasmada más de 2000 años atrás, en la carta de Esculapio a su hijo,<sup>17</sup> de la cual transcribiremos solo algunos párrafos.

"Te lo he dicho, es un sacerdocio y no sería decente que produjeras ganancias como las que saca un aceitero o el que vende lana. Piénsalo bien hijo mío mientras estás a tiempo, ...(pero) si te juzgas pagado lo bastante con la dicha de una

madre, con una cara que sonríe porque ya no padece, con la paz de un moribundo a quien ocultas la llegada de la muerte, si ans as conocer al hombre y penetrar en todo lo trágico de su destino, entonces, hazte médico, hijo mío."

Sin olvidar que en medios neoliberales la carrera de medicina, en su etapa universitaria, supera en costo los 200 000 dólares, la aplicación de estos preceptos en el contexto actual de la formación médica se traduciría en:

- Selección y continuo reforzamiento vocacional.
- Desarrollo constante de la espiritualidad del educando.
- Entrenamiento orientado a incrementar sus habilidades interpersonales.
-  nfasis equilibrado en los objetivos instructivos y educativos, los primeros orientados al desarrollo cientificot cnico, y los segundos a su desarrollo cultural y espiritual.

En otras palabras, garantizar la formación integral del médico luego de una estricta selección vocacional que constate la incorporación temprana de valores humanos como la compasión, la comprensión, la solidaridad, la lealtad, el amor, la honestidad, la responsabilidad, la bondad, la justicia, el colectivismo y el altruismo.<sup>18</sup>

## **Resumen**

Se valoran los significativos obstáculos "emergentes" en la relación médico-paciente en los

países víctimas del neoliberalismo, en los que por falta de voluntad política para asumir las responsabilidades estatales ante la salud del pueblo, proliferan las empresas privatizadoras del tipo *Managed Care* y *Health Maintenance Organizations*, con la consecuente progresiva explotación económica del médico, reducción de su *status* profesional y estricta limitación "normada" de los recursos diagnósticos y terapéuticos para indicar.

Las frustraciones del médico y el usuario determinan así un contexto interpersonal que, junto a la nefasta intromisión de la prensa sensacionalista en el ámbito médico, el surgimiento de los abogados "cazademandas", el consecuente incremento de las reclamaciones por *mal practice* y el costo del seguro contra dicha frecuente expectativa, conducen progresivamente a un tipo viciado de relación profesional que se propone llamar relación médico-demandante potencial, en la que la vocación facultativa y sus más genuinas expresiones: la compasión y la involucración, resultan cada vez más mutiladas.

La reacción de los bioeticistas en dichos medios, al identificar, describir, valorar y difundir los macroparadigmas y microparadigmas como áreas de conflicto tributarias de las decisiones de conciencia adecuadas, delimitan actualmente lo que se sugiere denominar como fase paradigmática de la relación médico-paciente. Se describen los más frecuentes macroparadigmas y microparadigmas, y se recomiendan aspectos que se deben considerar en la formación médica.

**Cuadro.** Algunos macro paradigmas y microparadigmas de la relación médico-paciente contemporánea

Macroparadigmas		
Polo	Espectro conflictual	Polo
-Técnico	Exigencias tecnológicas	Humanismo
-Profesional	Normas	Calificación
-Moral	Derechos del usuario	Posibilidades del proveedor
-Político	Necesidades	Presupuesto
-Económico	Costos	Beneficios
Microparadigmas		
-Ético	Autonomía	Paternalismo
-Involucración	Indiferencia	Compasión
-Integral	Aspectos biológicos	Psicosocioculturales y espirituales
-Directivo	Activo-pasivo	Participación mutua
-Didáctico	Aprendizaje activo	Aprendizaje pasivo
-Transferencial	Transferencia	Contratransferencia
-Laboral	Sacerdocio	Profesión
-Confidencial	Protección individual	Protección social
-Comunicacional	Verbal	Extraverbal
-Planificación	Conductas programadas	Conductas espontáneas

**Cuadro.** (Continuación)

---

Microparadigmas		
-De calidad	Satisfacción	Insatisfacción interpersonal y técnica
-Productivo	Demanda	Tiempo disponible
-Campo de acción	Diádico	Multirrelación
-Terapéutico	Riesgos	Beneficios

---

## **Secretos de la relación médico-paciente-familia**

### **Introducción**

La preocupante tendencia internacional a la deshumanización de la medicina ha sido la motivación fundamental para abordar algunos aspectos medulares de la más importante relación profesional en el campo de la salud y con ello nos proponemos:

- Sugerir una definición operativa actualizada.
- Incursionar, con finalidades reflexivas, en algunos de sus aspectos psicológicos más relevantes.
- Comentar las más frecuentes deficiencias actuales en su desarrollo, a nivel mundial.
- Destacar la alta trascendencia de su optimización para alcanzar los objetivos médicos.

### **Concepto actual de relación médico-paciente**

Recordemos nuestra propuesta para una definición operativa de la relación médico-paciente: "Es

una relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud", <sup>12</sup> y que supera al otrora modelo diádico y curativo de la concepción original de la relación médico-paciente, designación que, sin embargo, recomendamos mantener -por su profundo arraigo y condición de prototipo de las relaciones profesionales en el campo de la salud- aunque debemos destacar que con dicha terminología nos referimos a la relación interpersonal profesional y técnica de los miembros del equipo de salud en todo el espectro de sus gestiones promocionales, sanitarias, preventivas, diagnósticas, curativas, rehabilitatorias, docentes, investigativas, periciales, administrativas y editoriales.<sup>8</sup>

## **Especificidades de la relación médico-paciente como interacción profesional**

Sin duda alguna, la investidura profesional del facultativo, lograda como fruto de muchos años de entrenamiento, cuya exitosa culminación requiere una profunda vocación médica, determina que su gestión -considerada entre las más necesitadas de dedicación total- sea altamente valorada por la población, que al mismo tiempo respeta y admira al facultativo, y espera de él una conducta concordante con su importante misión social.<sup>41</sup>

Se trata además:

- De una relación profesional en la cual se presta un servicio de alta significación, por ser la salud una de las más preciadas aspiraciones del ser humano.

- A diferencia de las relaciones interpersonales convencionales, en las que habitualmente ocurre un intercambio equilibrado de información, solidaridad y comprensión, la más frecuente situación profesional es de entrega total sin aspirar a reciprocidad alguna en los aspectos señalados.<sup>42</sup>
- Cuando la relación implica la comunicación con un enfermo o su familia, se suma un nuevo elemento que hará más compleja la comunicación: la ansiedad, cuya intensidad será concordante con la severidad de la afección.<sup>43</sup>
- Exige del facultativo el planeamiento de cada uno de sus pasos, ya que toda conducta médica no pensada implica un serio riesgo de cometer iatrogenia.

El médico, por tanto, debe estar consciente de que su relación profesional interpersonal está caracterizada por:

- El respeto que inspira su investidura técnica en una profesión de alto prestigio social.
- La expectativa por parte de la población, de que manifieste un comportamiento adecuado con su alta responsabilidad.
- Su condición de piedra angular en la prestación de un servicio de gran significación humana como es promover o restablecer la salud.
- Demandar una constante disposición a la ayuda sin aspiración de reciprocidad.
- Requerir del facultativo el planeamiento cuidadoso de cada una de sus acciones toda vez que en el marco de una relación médico-paciente solo hay dos alternativas: la psicoterapia o la iatrogenia.

Por otra parte, debe también conocer que sus potencialidades diagnosticocurativorrehabilitatorias se incrementan en razón directa con su capacidad para desarrollar exitosamente sus relaciones profesionales y que estas, por mecanismos de retroalimentación comunitaria, incrementarán también el efecto positivo de sus acciones preventivopromocionales.

### **Aspectos que se deben considerar en la relación médico-paciente**

- Características generales de los participantes: el médico debe estar consciente de sus propias características como persona y como profesional, es decir, conocer sus "talones de Aquiles" en el carácter -si es que los hay- así como las situaciones en que pueda sentir inseguridad, angustia y hostilidad, además percatarse de sus mecanismos psicológicos para enfrentar dichas contingencias.

Igualmente importante es el nivel de información de que disponga sobre estos y otros aspectos del carácter y sociodemográficos de sus pacientes. Debe también tomar en cuenta el gran significado profesional de su prestigio científico y social.

Como puede apreciarse, estos son elementos de que disponía espontáneamente el médico de familia de principios del siglo pasado, que en la actualidad resultan mucho menos accesibles cuando se trabaja con los modelos institucionales

y, en gran parte, se rescatan con el ejercicio del generalista equipado, cuyo paradigma es el médico general integral en nuestro medio.

Reflexione el lector si estas informaciones son por igual de utilidad en otras relaciones ajenas a las propiamente asistenciales, como cuando se persuade a un núcleo familiar sobre la importancia de vacunarse o hacerse estudios citológicos.

- Objetivos perseguidos por los participantes: en esencia, el paciente pretende aliviarse, curarse o rehabilitarse, así como saber qué tiene y cuál es su pronóstico. El médico, sin embargo, persigue establecer una buena comunicación que le permita diagnosticar y tratar, de manera adecuada, la afección que motiva la consulta.

Un frecuente error médico es subvalorar la importancia de identificar, en cada caso, los objetivos explícitos e implícitos del usuario, y entre los segundos se cuenta, en la mayoría, *saber qué tiene*, objetivo que de pasar inadvertido tendría como consecuencia inmediata la insatisfacción técnica por parte del usuario.

La experiencia médica permite ir más allá de lo que expresa el enfermo y saber leer entre líneas sus preocupaciones más habituales. Un ejemplo muy frecuente es la preocupación del paciente ansioso en el sentido de que sus manifestaciones puedan ser premonitoras de una enfermedad mental, por lo que resulta imprescindible informarle, con

objetivos psicoterapéuticos de apoyo, que no existe ese riesgo.

Sugerimos al lector reflexionar sobre la variación de objetivos presentes en una visita hogareña orientada a modificar la actitud familiar ante el embarazo de una adolescente.

- Motivo de consulta: según sea la intensidad de los síntomas o la implicación pronóstica desfavorable de una afección, así será la mayor o menor dificultad para el desarrollo de la relación, toda vez que la presencia de angustia por parte del paciente es un importante obstáculo interpersonal al incrementar la exigencia, actitud crítica y hostilidad del enfermo, así como la inseguridad del médico. Valore la significación de este aspecto en la atención de una persona con edema agudo del pulmón o con un cólico nefrítico.

Como puede inferirse, las dificultades en la comunicación estarán también presentes en otros encuentros con el médico, como cuando se valoran con un cónyuge los contactos sexuales riesgosos que puedan haberlo hecho transmisor de una afección venérea. El facultativo tendrá siempre presente que "conocer al hombre y penetrar en lo más trágico de su destino" resulta, además de un aspecto esencial de la vocación médica, una situación sumamente delicada, que debe manejarse con todas las exigencias de la más estricta ética profesional. Los descuidos en este sentido implican gran afectación del prestigio profesional.

- Estado afectivo de los participantes: en pacientes que sufren una afección grave, o en quienes la depresión es parte de un cuadro psiquiátrico, debe tenerse en cuenta la habitual elevada sensibilidad ante cualquier manifestación médica que pueda ser interpretada como expresiva de incompreensión, indiferencia o subestimación. Asimismo, el facultativo de experiencia habrá notado el frecuente comportamiento pueril evidenciable en sujetos con enfermedades severas, que trasladan a la relación con su médico los patrones de comportamiento reforzados en el entorno familiar por sentimientos de lástima. Es importante que el profesional tenga también conciencia de su propio estado afectivo en situaciones médicas de emergencia o cuando existen factores estresantes de carácter extraprofesional, con potencialidades de expresarse en el contexto interpersonal laboral.

Reflexione sobre su capacidad para asimilar con madurez alguna expresión de hostilidad en un paciente angustiado por un cuadro doloroso. Imagine, además, la significación de estos aspectos en la situación de comunicar el resultado positivo de una prueba citológica efectuada durante una pesquisa epidemiológica.

- Posición en la relación: este es un punto de alta relevancia, destacado por los especialistas de la comunicación. Salvo contadas excepciones, el médico, por su nivel científicotécnico y prestigio social, es ubicado por el paciente en una posición de superioridad (*one up*), con lo que automáticamente el propio enfermo asume una posición de desventaja (*one down*). Es bueno

saber que el éxito de una relación profesional depende, muchas veces, de la habilidad del facultativo para manejar esta situación, de manera que su actitud de atenta escucha (que ha sido valorada en nuestro medio entre las cinco cualidades más relevantes del médico en la apreciación de los pacientes), la demostración de sincero interés por ayudar y el trato afable, logren equilibrar la relación y "estar" junto al enfermo en el enfrentamiento de su problemática de salud. Esta es, en definitiva, la alianza terapéutica, de alto significado, sobre todo en pacientes con problemáticas<sup>44</sup> crónicas o predominantemente psicosociales.

El único aspecto en el que el médico debe preocuparse por conservar su posición *one up*, es en el relativo a su condición de experto en salud. Valore el lector si acostumbra a recibir<sup>45</sup> a sus pacientes de pie y estrechando su mano.

Reflexione también sobre la situación que se crea cuando el usuario es otro médico, y considere, finalmente, el significado de estas cuestiones en una gestión de educación para la salud.

- Vías de comunicación: es fundamental que el médico capte los mensajes del paciente y controle los que emite por las cuatro vías de comunicación que son:
  - La verbal, mediante la palabra hablada o escrita.
  - La extraverbal, implícita en las expresiones faciales, gestos y modulaciones de la voz.
  - La táctil, fundamentada en el contacto piel con piel, de tanto significado en la maduración emocional del sujeto durante su desa-

rollo infantil y representada en la relación que nos ocupa por el estrechón de manos, la palmada en la espalda y las maniobras inherentes al examen físico.

- La instrumental, que utiliza como intermediarios los equipos médicos.<sup>18,46</sup>

Valore el lector con que frecuencia omita la toma de la tensión arterial por considerarla no necesaria desde nuestro punto de vista (pero no en el del paciente), y cuanta cautela manifiesta cuando examina un estudio electrocardiográfico frente al paciente para evitar que nuestra expresión facial delate los hallazgos. Reflexione, además, sobre la importancia de tomar en cuenta estos canales de comunicación cuando obtenemos información familiar en un estudio epidemiológico de terreno.

El profesional de la salud debe estar siempre consciente de la trascendencia de sus comunicaciones, así como de la necesidad de un planeamiento y una valoración permanente de sus efectos sobre el usuario.

El olvido de este aspecto medular nos lleva a cometer relevantes iatrogenias por omisión o por comisión.

- Defensas y distorsiones de la comunicación: los obstáculos en la comunicación pueden ser conscientes y totalmente voluntarios como cuando un paciente evita informar a su doctora que presenta una disfunción sexual (defensa), o inconscientes e involuntarios en el

caso del enfermo que "niega" su carcinosis peritoneal con la racionalización de que presenta un cuadro digestivo banal (resistencia)<sup>3</sup>.

Valore cómo reacciona usted en su práctica cotidiana cuando descubre que un paciente ha omitido voluntariamente una información valiosa para su diagnóstico y reflexione si estos obstáculos de comunicación pueden manifestarse en el familiar de un alcoholístico cuando hacemos una exploración evolutiva.

Sin duda alguna, *la comunicación adecuada es uno de los más significativos secretos para garantizar el éxito de nuestra relación médico-paciente-familia.*

- Potencialidad frustrante: necesariamente el médico tiene que enfrentar situaciones en las que pueden no cumplirse los objetivos del enfermo y muchas veces los del propio facultativo.

Este es el caso de pacientes con afecciones de curso crónico o naturaleza incurable, en quienes el más calificado de los tratamientos resulta nada exitoso. Esta situación implica un grado mayor o menor de frustración para el médico o el paciente, y pone a prueba la madurez emocional en ambos participantes para no expresar la hostilidad subyacente.<sup>6</sup>

Valore el mecanismo implícito en la iatrogenia que provoca un facultativo al informar el mal pronóstico de su afección al paciente artrósico que se queja (con cierta hostilidad) de no haber mejorado con el tratamiento impuesto. Solo el

planeamiento, indispensable en toda acción médica, puede evitar esta comunicación, de efectos catastróficos, y que en cierto grado expresa también la hostilidad del facultativo ante las inadecuadas expectativas del paciente.

Reflexione cómo respondería usted al frustrarse por la negativa de un usuario del área de su consultorio, para aportar información en un estudio de prevalencia.

- Contexto historicosocial en que se desarrolla la relación: para valorar solo un punto, piense en los matices de esta relación en la práctica privada, en la privatizada (donde aparece como factor estresante emergente la empresa tipo *Managed Care* o *Health Maintenance Organization*<sup>33</sup> y en la que tiene carácter de total gratuidad.

### **Algunos de los errores médicos más frecuentes en el establecimiento de la relación médico-paciente**

Cuando los aspectos brevemente valorados son olvidados, nuestras potencialidades terapéuticas pueden ser reducidas de manera considerable.

En los siguientes párrafos trataremos de destacar, siguiendo igual orden de exposición, algunas consecuencias de no tener en cuenta:

- Las características generales de los participantes: esta deficiencia, frecuente en todas las la-

titudes, determina que muchos médicos demanden del paciente un comportamiento análogo al que tendrían ellos de estar en su lugar, sin valorar, que en la mayoría de los casos, el desarrollo socioeconómico y cultural del paciente es más bajo que el suyo, considerado un técnico de alta calificación. Este mecanismo hace que algunos médicos sean hostiles cuando el enfermo fuma sin pedir permiso, entra a la consulta sin quitarse el sombrero o comunica su anamnesis con poca sistematización. Esta situación, en la que el médico inconscientemente "pide peras al olmo", ha sido a lo largo de la historia la responsable del fracaso de infinidad de relaciones médico-paciente, ya que el malestar injustamente sentido por el médico, dificulta de forma considerable la comunicación cuando no es expresado, y si se exterioriza en forma de "clase magistral de urbanidad", herirá de manera permanente la sensibilidad del enfermo, que valorará dicha experiencia -desde su posición *one down*- como una dolorosa humillación.

- Objetivos perseguidos: en este sentido, nuestra más frecuente deficiencia es debida a que olvidamos el deseo del paciente de saber qué tiene y cuál es su pronóstico, por lo que cometemos -con seguridad muchas más veces de las que nos percatamos- iatrogenias por la omisión de informaciones que tendrían efecto ansiolítico.
- Motivo de la consulta: las deficiencias derivadas de la subvaloración de este aspecto son evidentes si apreciamos que algunos médicos utilizan iguales técnicas de entrevista ante un paciente con onicomiosis y otro que consulta

por mareos. Ellos pasan por alto que en el segundo, la connotación macrosocial del síntoma, popularmente valorado como premonitor de embolia o expresivo de tumores cerebrales o presión alta, determinará importantes dificultades en la comunicación y un estado de hipersugestibilidad que muchas veces resulta terreno abonado para que aparezca iatrogenia por mal manejo de comunicaciones extraverbales, como cuando se chequea ingenuamente la tensión arterial del enfermo que, colmado de angustia, escruta nuestro rostro para arrancarnos el secreto de su mal pronóstico.

Por igual mecanismo puede ocurrir que ante enfermos con molestias articulares o dolores precordiales, utilicemos términos como artrosis generalizada o infarto del miocardio, reconocidos popularmente como denominadores de afecciones de mal pronóstico.

- Estado afectivo: las deficiencias en este sentido se evidencian por la ocasional incapacidad del médico para aceptar o manejar manifestaciones de hostilidad, reclamo e hipersensibilidad y angustia de pacientes y familiares, real o imaginariamente afectados por dolencias graves. Innecesario resulta señalar que si la respuesta del facultativo a esta situación interpersonal fuera de incomprensión y rechazo, dicha conducta médica errada sería suficiente para destruir la relación médico-paciente y exagerar, además, la comprensible angustia del enfermo y familiares.

- Posición en la relación: entre las deficiencias que expresan el no tener en cuenta la necesidad técnica de que el médico se comporte en forma consecuente para sacar al enfermo de la posición de inferioridad interpersonal en que habitualmente este se autoubica, pudiera señalarse la poca frecuencia con que al nivel mundial se estrecha la mano -símbolo convencional de amistad e igualdad- de los pacientes durante la recepción y despedida en la entrevista, y la frecuencia con que algunos médicos jóvenes utilizan el tuteo en su relación con pacientes mayores (pensando erróneamente que ello es efectivo para mejorar la comunicación) o el ocasional descuido de la tan importante actitud de atenta escucha, que es una de las características médicas más apreciadas por el enfermo en todas las latitudes.<sup>15</sup>
- Vías de comunicación: en su obligación de escrutar mas allá de lo que el enfermo comunique en forma verbal y aprovechar terapéuticamente todas las vías de contacto con el paciente, muchos médicos descuidan la comunicación extraverbal cuando examinan el trazado electrocardiográfico de enfermos, que angustiados por sus molestias precordiales creen "leer" en la cara del facultativo su presumible mal pronóstico, y desaprovechan la utilización de frases orientadas a mitigar sus preocupaciones y transmitir seguridad. La deficiencia más importante informada al nivel internacional es, sin embargo, la subvaloración

de la comunicación instrumental con el enfermo, conducta que motiva la expresión "no me examinó con los aparatos", indicadora de las funestas consecuencias sobre la relación con el facultativo, que no tomó en cuenta la satisfacción de uno de los objetivos encubiertos de su enfermo: el "dialogar con la ciencia", como simbólicamente llamó a esta expectativa el prestigioso psiquiatra español Vallejo Nágera.<sup>46</sup>

- Defensas: algunos médicos son incapaces de romper estos obstáculos que afectan la comunicación al no lograr, mediante su comportamiento en la relación, el clima de confianza y seguridad que la actitud de aceptación no enjuiciadora determina, y que permite al enfermo comunicar aspectos que afectan su autoestima.

La expresión de hostilidad acompañada de la observación crítica de que omitir una información por parte del paciente ha retardado su curación, es también un frecuente error en nuestras relaciones. Un paciente estudiado por una hipertensión, finalmente confía a su médico que hace meses consume anfetaminas y que no lo había referido antes por avergonzarle que lo considerara un adicto. Puede ocurrir que el médico, desconociendo que dicha confianza expresa una relación positiva, destruya con su crítica hostil los incipientes lazos afectivos que le hubiesen facilitado la curación del antes esperanzado y ahora frustrado enfermo.

- Potencialidad frustrante de la relación: cuando un médico no esté preparado para tolerar las frustraciones, seguramente no lo estará tampoco para prevenir la iatrogenia. El ejemplo más típico de este planteamiento lo da el médico que luego de una relación en un inicio buena, de haberse esforzado con un paciente artrósico y poner a su alcance los más modernos recursos de la ciencia, se frustra ante las manifestaciones de hostilidad del enfermo durante la reconsulta, quien debido a una evolución tórpida expresa su descontento ante el mantenimiento de los síntomas a pesar del tratamiento. La expresión médica "mire, la artrosis no se cura" no hace más que expresar la intolerancia del médico al fracaso y convertirse, por obra y gracia de su dinámica hostil y manejo angustioso, en una de las más frecuentes iatrogenias reportadas a escala mundial.

Sabemos que constituye una utopía aspirar a que el médico pueda siempre desarrollar su trabajo con la afectividad suficiente para considerarlo perfecto, pero es indudable que todavía muchos de nosotros podemos y debemos esforzarnos por profundizar en la comprensión y el manejo de los mecanismos que seguramente harían más exitosa nuestra gestión médica, y lograr lo que el profesor Miguel Sorín llama la actitud crítica en la profilaxis de la iatrogenia, conducta que debemos

basar en nuestra característica de observadores participantes durante la relación médico-paciente.<sup>47</sup>

La alta significación de la relación médico-paciente para alcanzar objetivos médicos es de fácil inferencia si recordamos que el establecimiento positivo de esta relación es capaz de influir de manera favorable en la cicatrización de una herida quirúrgica, las defensas ante agentes infecciosos, la estabilización de un proceso inmunoalérgico, la superación de una crisis hipertensiva, la eliminación de dolores, la normalización del ritmo cardíaco, la regulación de la temperatura corporal, el incremento de la autoestima y seguridad personal, y la recuperación de un cuadro depresivo.

Como contrapartida, el establecimiento de relaciones inadecuadas es potencialmente capaz de repercutir de forma negativa sobre la salud del enfermo.

Concluimos destacando que la relación médico-paciente es la piedra angular de nuestro ejercicio integral y que el conocimiento de sus secretos y la preocupación constante por perfeccionarla mediante nuestra experiencia cotidiana, se ha perfilado a lo largo de la historia de nuestra profesión como una condicional de primer orden para el cumplimiento exitoso de nuestra misión social.

## **Resumen**

Luego de 42 años de ejercicio médico y de haber incursionado docente e investigativamente en

el campo de la psicología médica y la psiquiatría, el autor pretende transmitir a los miembros más jóvenes del equipo de salud sus apreciaciones acerca de la trascendencia humana de la relación médico-paciente y sus valoraciones autocríticas y heterocríticas sobre los aspectos más significativos de esta, así como las más frecuentes deficiencias reportadas al nivel mundial.

Entre los temas abordados se cuenta una definición de amplio espectro que incluya gestiones con familiares y sujetos sanos, así como a otros miembros del equipo de salud, aunque recomienda mantener la designación clásica de relación médico-paciente, por ser esta el paradigma de todas las relaciones profesionales y técnicas en el campo de las gestiones de salud.

Se destacan aspectos medulares de las características de los participantes en la relación; objetivos perseguidos; motivo de consulta; estado afectivo; posición en la relación; vías, defensas y distorsiones de la comunicación; potencialidad frustrante de las situaciones afrontadas; y contexto historicosocial en que se establezca. Se comentan las cuestiones subvaloradas con mayor frecuencia.

## **Relación médico-paciente-familia cuando la muerte acecha**

### **Introducción**

Uno de los factores más relevantes que se deben considerar en el complejo campo de la relación médico-paciente es el estado afectivo de sus participantes (miembros del equipo, pacientes y familiares), y el modelo para valorar sus implicaciones humanísticas es precisamente la relación establecida cuando se atienden pacientes con riesgo de muerte, es decir, la relación con el paciente grave y su acompañante.

Los párrafos que siguen pretenden destacar algunos mecanismos psicológicos específicos para tomar en cuenta en esta frecuente situación profesional.

Hasta hace pocos meses todo iba bien para Antonio: María, su esposa, reunía todas las condiciones para hacerle feliz; los muchachos no podían ser mejores y él, considerado por todos como un hombre de bien, sentía la satisfacción de ser útil, además tenía el respeto y el aprecio de los vecinos de su zona.

Después...comenzó la desgracia. Al principio, fue solo palidez y decaimiento, poco más tarde aparecieron la fiebre y el dolor de cabeza.

El día antes de acudir al médico, ya María casi no se levantaba de la cama y se le notaban manchas oscuras en todo el cuerpo.

La expresión del facultativo cuando la examinó indicaba que la enfermedad era grave; Antonio se preocupó, pero confiaba en aquel médico, pues todos hablaban de sus aciertos y, además, era muy buena persona. Al día siguiente, las palabras que escuchó lo llenaron de angustia: había que trasladarla a un hospital de más recursos para hacerle el tratamiento.

Al ver los ojos de María humedecidos por las lágrimas, Antonio comprendió que ella también sospechaba que sería un viaje sin regreso. Durante el trayecto, muchas eran las preocupaciones de la pareja y muchos los sentimientos que apretaban sus pechos. Para los dos estaba claro que la enfermedad era muy grave, pensaban en los muchachos que dejaban con los vecinos, en las siembras y los animales que quedaban abandonados, y también pensaban cómo se sentirían en un lugar donde nadie los conocía. El temor a la muerte, la angustia ante lo desconocido y la tristeza frente a la separación próxima, no opacaban otro sentimiento común: la hostilidad ante el infortunio.

En pocos minutos más, María y Antonio, en el papel de paciente y familiar, se convertirían en

usuarios de los servicios médicos, en un país donde la salud es derecho del pueblo y tarea prioritaria del estado.

La responsabilidad enorme de ofrecer a personas como ellos un trato adecuado nos lleva a formularnos las siguientes preguntas: ¿estamos todos haciendo el mayor esfuerzo para que las estancias en nuestros centros asistenciales de personas como María y Antonio sea lo menos angustiosa posible? ¿Estamos todos equipados con la mayor información y el entrenamiento necesarios para lograr este objetivo?

Afortunadamente una gran mayoría del personal médico y paramédico de nuestro país podría contestar de forma afirmativa a estas dos preguntas.

El objetivo del presente tema es contribuir a que cada vez sea menor el número de trabajadores de la salud que tengan dificultades para situarse en el lugar de la personas con quienes se relacionan.

## **Equipo ante el enfermo grave**

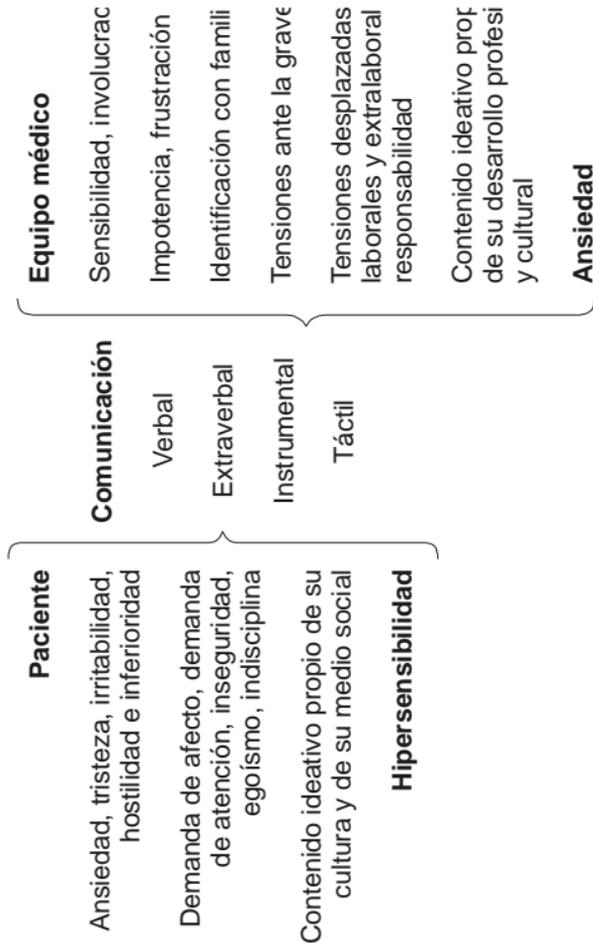
Consideramos que sería de utilidad analizar, en algunos aspectos, los sentimientos de María. Habíamos mencionado su temor a la muerte, su angustia ante lo desconocido, su tristeza por la separación de los hijos y su hostilidad frente al infortunio.

Recordamos ahora que las enfermedades provocan, con frecuencia, un regreso a conductas

inmaduras superadas durante el desarrollo personal (mecanismo de regresión) y que este fenómeno se manifiesta por inseguridad, cambios afectivos bruscos, incapacidad para tolerar frustraciones y, sobre todo, por una demanda permanente de afecto. Estos elementos, entre otros, son los responsables de que en sus relaciones con el médico se evidencie irritabilidad, indisciplina, reclamo constante de atención y, fundamentalmente, una gran sensibilidad ante cualquier manifestación verbal o extraverbal del equipo, que no satisfaga su necesidad de afecto.

Estudiemos ahora el otro participante en la relación: el médico como paradigma del equipo, en su enfrentamiento a la dolorosa situación de una paciente con una afección incurable.

A su habitual sensibilidad y potencialidad de involucración podría sumarse la identificación con la paciente (mecanismo inconsciente por el cual la imagen de una persona puede ser sustituida por la de otra) que podría llevarlo a sentir la angustia que le provocaría la afección de padecerla él mismo o algún familiar allegado. Por otra parte, el sentimiento de impotencia y frustración que se experimenta ante enfermedades de este tipo, si se asocia con las ansiedades desplazadas de otras situaciones profesionales o personales, puede llegar -por la vía de la ansiedad- a dificultar la comunicación verbal y extraverbal adecuada para satisfacer las demandas del paciente. Un esquema de esta relación interpersonal aparece en la figura 7.1.



**Fig. 7.1.** *El equipo médico ante el enfermo grave.*

Este esquema, válido para afecciones de gravedad, puede darnos también, con las modificaciones pertinentes, un sentido general de las relaciones médico-paciente en cualquier enfermedad. Pero el drama humano que nos ha tocado analizar, no solo comprende a María, a su médico y al resto del equipo, ya que el familiar desempeña también un papel importantísimo, hasta el punto que muchas veces su manejo resulta más difícil que el del propio paciente. Al valorar la situación de Antonio, trataremos de explicar por qué ocurre esto.

### **Equipo ante el familiar del enfermo grave**

En Antonio debemos tener en cuenta, además, la inferioridad e inseguridad que se derivan de la necesidad de depender de otra persona, la hostilidad que aparece al comprobar que el médico es incapaz de evitar la muerte de su mujer, y el estado afectivo que puede haberse determinado por el trato inadecuado que a veces recibe de otros compañeros antes de llegar a nosotros (recordar la notable importancia de las relaciones del personal auxiliar y administrativo).

Por último, debemos tener en cuenta que cuando este sentimiento se proyecta (mecanismo inconsciente por el que se atribuye a otros sentimientos que nos embargan), es fuente de reserva y sensibilidad, y cuando estos elementos coinciden con un nivel cultural bajo, surgen actitudes de franca hostilidad, indisciplina, tozudez, hipersensibilidad y, sobre todo, de notable desconfianza.

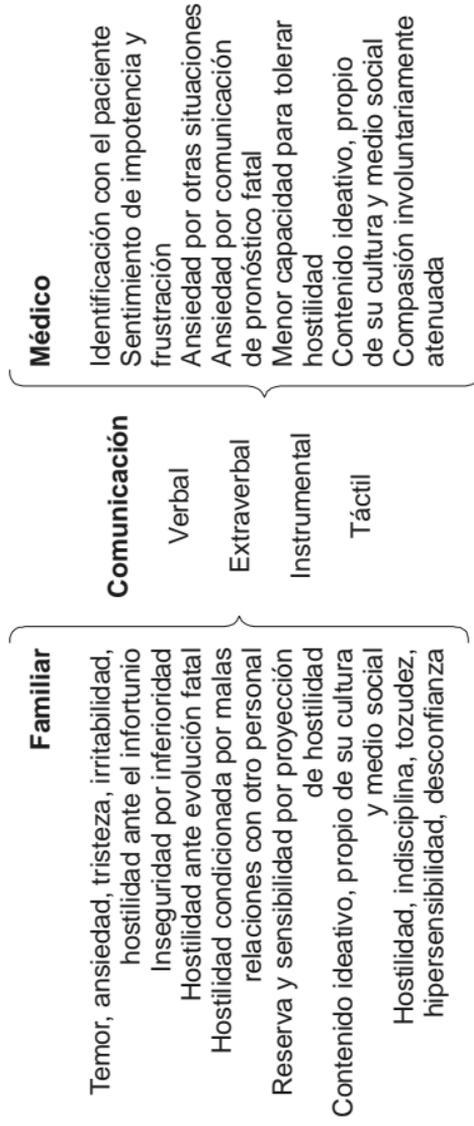
Analicemos ahora al médico en esta relación. Se agregarían dos factores a los señalados en la relación médico-paciente:

- La tensión que ocasiona la necesidad de comunicar el pronóstico de una afección mortal.
- La menor tolerancia para recibir manifestaciones de hostilidad familiar, toda vez que la mayoría de las veces el médico considera que está relacionándose con una persona sana sin recordar su estado afectivo.

Llevado a un esquema, esta relación se podría representar tal y como aparece en la figura 7.2.

Ya hemos hecho referencia a los sentimientos comunes en la pareja: temor, ansiedad, irritabilidad y hostilidad. Al analizar la mayor complejidad de esta relación, es bueno recordar que muchos de los elementos aquí presentes no lo están (o aparecen con menor intensidad) en la relación médico-paciente, en la cual funciona el mecanismo de negación (mecanismo inconsciente porque se rechaza de la conciencia el contenido ideativo angustiante) que protege al paciente de la ansiedad que ocasionaría el conocimiento permanente de su pronóstico fatal.

Además, es bueno tener en cuenta que, en algunos casos, se agrega un nuevo elemento a dicha relación: la disparidad de criterio sobre el pronóstico de la afección que, para el familiar, como resultado de diferentes concepciones místicas y culturales, puede tener un significado especial y



**Fig. 7.2.** *La relación profesional con el familiar del paciente grave.*

reaccionar en forma incomprensible para el médico si no se tienen en cuenta estos aspectos.

## Discusión

Intensivistas, psiquiatras, eticistas y psicólogos han abordado el tema y han destacado la repercusión de las tensiones sobre el personal de la salud,<sup>35,36</sup> la relevancia humanística de la conducción adecuada de la situación,<sup>3,6,39</sup> los aspectos psicológicos<sup>12,17,48</sup> y tácticas de manejo,<sup>49</sup> así como el valor de esta relación como paradigma de complejidades,<sup>50</sup> y han coincidido en las considerables demandas de los valores eticoespirituales para su enfrentamiento.

Analizando algunos elementos que intervienen en estas relaciones, podríamos preguntarnos:

- ¿Hemos sentido alguna vez desagrado ante el trato demandante y hostil de alguien que en el rol de paciente o familiar se angustia ante el acecho de la muerte?
- ¿Hemos sentido alguna vez desagrado ante críticas o manifestaciones de desconfianza sobre nuestra capacidad médica cuando un caso incurable sigue una evolución fatal?
- ¿Hemos sentido alguna vez desagrado al ver peligrar una vida por haberse perdido tiempo con remedios caseros o con visitas a curanderos?
- ¿Hemos sentido alguna vez desagrado ante infracciones higiénicas, dietéticas o disciplinarias, cometidas por pacientes o familiares como consecuencia de sus limitaciones culturales?

Reflexionemos ahora *¿cuán consciente tenemos todos los miembros del equipo de salud la alta responsabilidad éticodeontológica y humanística, implícita en la atención de situaciones como la valorada con esta pareja que simboliza los sufrimientos del enfermo y su núcleo familiar al enfrentar una afección presuntamente mortal?*

Aplicando la "regla de oro" de la ética, cómo nos sentiríamos de estar en su situación ante un manejo deficiente de las relaciones interpersonales, que podríamos ejemplificar con un trato inadecuado de un portero o camillero, de algún miembro del personal de admisión; ante un parte médico de gravedad carente del acompañamiento afectivo de palabras de apoyo adecuadas por parte del personal de información; ante la reprimenda de una auxiliar general por caminar sobre un piso todavía húmedo; ante la indiferencia o el trato áspero de una pantrista incapaz de sensibilizarse con la anorexia de la enferma; o ante deficiencias del desempeño interpersonal en los técnicos y profesionales, en quienes resultan todavía más dolorosas, por frustrar las expectativas de trato empático, habida cuenta de su nivel de conocimientos y entrenamiento.

Aunque afortunadamente estos errores son cada vez menos frecuentes, como lo avala la habitual satisfacción técnica e interpersonal de nuestros usuarios nacionales, o en Haití, África, Centro América y el Caribe, podemos asegurar que

los que hayamos fallado en el manejo profesional de situaciones como las descritas, seguramente lo hemos hecho basándonos en nuestras apreciaciones y exigencias personales, sin tener en cuenta que en la mayoría de los casos el nivel intelectual y de información de esas personas es más bajo que el nuestro, y que en situaciones de angustia extrema el comportamiento de cualquier ser humano se modifica y siempre en el sentido negativo.

Sugerimos que cuando en el futuro se repitan estas experiencias, nos preguntemos: ¿estamos realmente poniéndonos en el lugar de esta persona? ¿Hemos estado conscientes de que la atención a pacientes graves constituye el paradigma de mayores exigencias vocacionales en nuestra profesión?

## **Conclusiones**

El contexto interpersonal en el que ocurren las interacciones del equipo con el paciente y familiares en casos de gravedad, reúne características bien definidas que complejizan, en forma relevante la comunicación entre los prestadores de ayuda y los que la reclaman, al alcanzar su clímax la profunda susceptibilidad y demanda de comprensión, involucración, afecto y respeto consustanciales a cualquier relación humana, pero ahora incrementadas por la ansiedad, la inseguridad y la hostilidad ante el infortunio.

Es en estas circunstancias cuando se debe manifestar (y de hecho así ocurre en la gran mayoría de los casos) esa vocación médica -necesariamente existente en todos los miembros del equipo de salud- expresada en forma contundente en la carta de Esculapio a su hijo: "pero si te juzgas pagado lo bastante, con la dicha de una madre, con una cara que sonrío porque ya no padece, con la paz de un moribundo a quien ocultas la llegada de la muerte, si deseas conocer al hombre y penetrar en lo más trágico de su destino, entonces ...hazte médico hijo mío."

## **Resumen**

A punto de partida de una situación humana que sirve de paradigma a las serias dificultades en la comunicación inherentes a la atención a enfermos graves y sus familiares, se aportan elementos psicológicos que explican la alta exigencia de sensibilidad humana, compasión, disponibilidad de ayuda e involucración en los miembros del equipo de salud y se destaca, de igual modo, la notable repercusión estresante sobre ellos. Se proponen, finalmente, reflexiones orientadas a tomar conciencia de que se trata de una de las situaciones asistenciales en que más trascendente resulta expresar la vocación médica -común a todo el equipo- y manifestar las potencialidades humanísticas de profesionales, técnicos, miembros auxiliares y administrativos del equipo institucional.

## **Efectos placebo de la relación exitosa médico-paciente-familia**

### **Introducción**

La aparición de diferentes modalidades psicoterapéuticas desarrolladas con posterioridad a la aparición del psicoanálisis, llevó a muchos científicos de la época a constatar -mediante investigaciones de adecuado rigor científico- que los resultados de los esfuerzos psicoterapéuticos dependían, en mayor grado, de quienes los aplicaban que del método y las técnicas utilizadas.<sup>4, 21</sup>

La replicación de estos sorprendentes resultados coincidió históricamente con los aportes de Carl Rogers, un psicólogo de la universidad de Ohio que en 1950 desarrolló su terapia de las relaciones, también denominada terapia centrada al cliente, término que prefirió al de paciente, por aplicarse, además, a sujetos sanos y considerar que el proceso de maduración de la personalidad en el contexto de la ayuda psicoterapéutica dependía más del potencial de desarrollo del usuario, que de las técnicas aplicadas, y que lo esencial para el logro de las expectativas trazadas ante

cada sujeto, era la actitud de no enjuiciamiento, la congruencia, la disponibilidad afectiva a la ayuda, la madurez, la consistencia y la capacidad de involucración del terapeuta, y que dichas cualidades eran más relevantes que su nivel de entrenamiento, la selección del método y los recursos psicoterapéuticos según los objetivos trazados.<sup>51,52</sup>

Invitamos al lector a reflexionar sobre el hecho de que las exigencias interpersonales subrayadas por Rogers (no enjuiciar a quien busca ayuda en materia de salud, tratarlo con respeto, con honestidad y sinceridad, garantizar actitudes consistentes que expresen afabilidad, bondad, sensibilidad humana, disposición incondicional de ayuda y capacidad de involucración en los problemas que afronte), no son más que los requisitos señalados por Pedro Laín Entralgo, el médico, historiador y filósofo español que más ha contribuido a develar los secretos de la relación entre el médico y el enfermo.<sup>15</sup>

El propósito fundamental de los párrafos siguientes es argumentar cuáles son los factores que explican esta importante realidad asistencial, precisamente en un campo que por mucho tiempo permaneció vedado para médicos no especializados, toda vez que a inicios del pasado siglo, el paradigma psicoterapéutico era el psicoanálisis ortodoxo, con las limitaciones implícitas en la exigencia profesional de haber pasado un psicoanálisis didáctico para utilizarlo.

Consideramos oportuno hacer algunas observaciones sobre la relación médico-paciente, ya que ella es el marco donde los recursos psicoterapéuticos son utilizados.<sup>3</sup>

El médico, por su posición profesional, y por su condición de ser el que ofrece ayuda, es ubicado por el paciente en el nivel *one-up* (término empleado en una relación para expresar superioridad), y el paciente se sitúa automáticamente en posición *one-down*. Esta ubicación interpersonal trae aparejadas ventajas y desventajas. Entre las primeras está el hecho de que el paciente reconoce la superioridad científica del médico y, por lo tanto, acepta el tratamiento. Esta situación personal también le infunde un tinte mágico al médico, que en ocasiones facilita la curación de muchos pacientes. Sin embargo, es bueno recordar que la inferioridad engendra hostilidad, sentimiento que puede manifestarse por desconfianza e indisciplina, dar al traste con la relación y disminuir las posibilidades de éxito terapéutico.<sup>5</sup>

La actitud de atenta escucha, tantas veces subvalorada al nivel mundial por los profesionales, es uno de los recursos más trascendentales para transmitir al paciente las actitudes señaladas por Rogers.<sup>12</sup>

Queremos desde ahora destacar que las extraordinarias potencialidades terapéuticas de una relación médico-paciente positiva dependen de mecanismos bien conocidos en la actualidad, que se establecen durante el cumplimiento esmerado

de las fases de la entrevista y el desarrollo de la relación que en gran parte se facilita por el profundo conocimiento de los factores psicosocio-culturales y espirituales que la influyen.<sup>17</sup>

Sin embargo, no fue hasta 1971 que Shapiro y Frank<sup>23</sup> valoraron los efectos positivos de la relación profesional en el campo de la salud y concluyeron que existían efectos placebo o inespecíficos que explicaban plenamente las potencialidades terapéuticas intrínsecas en la relación, con independencia de "las herramientas psicológicas seleccionadas por el prestador de ayuda". Ellos, como pioneros en el tema, describieron seis relevantes mecanismos, a saber:

- El establecimiento de una relación afectiva profunda y confiada con el terapeuta, relación que serviría como entrenamiento para desarrollar con mayor madurez futuras experiencias interpersonales: apréciase que estas potencialidades se expresan aun en casos de pacientes con inmadurez emocional, pero en el contexto asistencial del generalista, este mecanismo desempeña un importante papel en la facilitación de la comunicación y en la asimilación de orientaciones terapéuticas cuyo cumplimiento estricto resulta relevante.<sup>24</sup>
- Los efectos sugestivos espontáneos, derivados de la aceptación incondicional de las capacidades del médico para entender el origen de los problemas y ayudar a superarlos: este factor incrementa en forma notable los efectos de los

recursos biológicos, psicológicos y sociales que se vayan a utilizar.

- El aporte de nuevos criterios relacionados con las dificultades humanas del paciente y el modo de eliminarlas: este mecanismo se vincula mucho con la ancestral función del médico como experto, maestro y orientador en diferentes ámbitos de la vida.
- El incremento de la expectativa de ayuda del paciente, mecanismo denominado: "el despertar de la esperanza en la curación": el más valioso indicador práctico de la activación de este mecanismo es la frecuente y espontánea expresión "usted es el médico que me va a curar". Cuando se logra este despertar, las potencialidades terapéuticas del facultativo están automáticamente magnificadas.
- La experiencia emocional correctiva espontánea, es decir, la que aparece sin que el terapeuta la planifique de forma voluntaria, ya que en el caso contrario tendría categoría de recurso psicoterapéutico específico como veremos más adelante: este mecanismo es muy evidente en pacientes de la tercera y cuarta edad, que ante la actitud de atenta escucha del facultativo encuentran un remanso de seguridad y bienestar al identificar, en la actitud de alta profesionalidad del médico, una involucración ante sus problemáticas, generalmente subvaloradas por sus familiares como "cosas de personas mayores".

- La facilitación del despertar emocional con el consecuente incremento de las potencialidades afectivas del enfermo: este efecto sería más fácilmente comprendido si recordamos el "renacer" afectivo o interpersonal que experimenta una persona cuando se enamora después de varios años de vida solitaria. Un mecanismo similar, aunque sin el componente erótico, puede establecerse en la relación con un médico comprensivo.

El debate del tema en nuestro equipo de trabajo docente permitió destacar cuatro nuevos aspectos que se deben considerar:

- Los efectos positivos derivados de la identificación del médico con alguna persona significativa: este mecanismo posibilita que, en pacientes jóvenes, los profesionales sean identificados con padres o abuelos. En pacientes mayores, la identificación del facultativo es con hijos o nietos.
- La mejoría del enfermo como recompensa consciente o inconsciente al médico: posiblemente sea este uno de los aspectos mejor reconocible por el profesional de la salud en pacientes con afecciones severas y evolución prolongada, en las que la mejoría supera las expectativas y se basa en el principio de que toda acción interpersonal exitosa, genera una reacción de igual sentido, y una de las más valiosas alternativas de gratificación al equipo de salud es precisamente la mejoría.

- El mecanismo de la pena compartida implícito en la capacidad del médico para ponerse en la situación de la otra persona y sentir como ella: la pena compartida toca a menos, es el dicho popular que expresa la realidad de este mecanismo, que se manifiesta cuando el paciente hace catarsis de aspectos dolorosos, solo confiables cuando la relación es positiva y cuando la reacción del profesional ante lo comunicado es compasiva y adecuada. Reflexione sobre la importancia del interrogatorio adecuado y la actitud de atenta escucha para que ocurra este efecto placebo.
- El incremento de la autoestima del paciente al superar su posición *one-down* gracias a la relación bien conducida: en mis tiempos de médico rural presencié más de una vez -y ayudé a superar- errores tácticos en mi equipo, motivados por una excesiva involucración angustiada ante los riesgos implícitos en los descuidos higiénicos de las madres de algunos niños, durante la triste etapa en que la gastroenteritis cobraba múltiples vidas inocentes en nuestros campos. Las recriminaciones -a veces algo inadecuadas que fueron de inmediato corregidas- lejos de lograr los propósitos del mensaje sanitario afectaban la autoestima del familiar e incrementaban su posición *one down*. Nunca insistiremos lo suficiente sobre el hecho de que la conducta médica debe ser orientada, desde el inicio de la entrevista, a superar la po-

sición de desventaja del enfermo y esto se logra con el saludo afable y respetuoso -preferiblemente al ponerse de pie y estrechar su mano- con el trato amable, la atención solícita y el ajuste de la comunicación del médico al nivel del paciente y su familia.<sup>26</sup>

Estos diez factores -de valor indiscutible para la gestión asistencial- explican, en gran parte, los relevantes éxitos de los profesionales que valoran en todo su significado esa relación interpersonal de servicios, base de la mayor parte de nuestras acciones, y deben convertirse en argumentos de fuerza para decidir al médico joven a enfrentar responsabilidades de ayuda psicológica aun en casos aparentemente fuera de su espectro de acciones y que, sin embargo, responden mejor a una adecuada relación profesional que a la mejor técnica psicoterapéutica si el vínculo afectivo no ha sido logrado.<sup>18</sup>

## **Conclusiones**

- Tiene enorme relevancia el establecimiento de relaciones médico-paciente positivas para incrementar nuestras potencialidades asistenciales, toda vez que el efecto placebo de las relaciones exitosas magnifica los efectos de todos los recursos terapéuticos y rehabilitatorios que se vayan a utilizar con el objetivo de curar, evitar invalideces y mitigar sufrimientos.

- Las potencialidades terapéuticas implícitas en los efectos descritos justifican, cada vez más, la incursión del médico generalista en la relación de ayuda psicológica, campo en el que con frecuencia subvalora sus conocimientos, actitudes y habilidades.
- Estos efectos, generalizables a todas las especialidades, son precisamente los que nos llevan a considerar las relaciones equipo-paciente-familia como una verdadera panacea.

## **Resumen**

Luego de breves comentarios históricos que abordan la influencia del primer modelo psicoterapéutico en la ya superada tendencia a considerar la psicoterapia como método no accesible al generalista, se comentan los aportes de Carl Rogers al enfatizar la trascendencia de las actitudes del facultativo en la relación interpersonal y su mayor repercusión sobre los métodos y recursos psicoterapéuticos elegidos.

Se destacan, igualmente, los resultados similares arrojados en estudios orientados a comparar diferentes modalidades psicoterapéuticas, hallazgos que ratifican la importancia de los vínculos afectivos establecidos entre el profesional de la salud y sus pacientes cuando la relación médico-paciente es exitosa.

A partir de la reflexión de que las exigencias de Rogers se cubren con el establecimiento de

relaciones médico-paciente positivas, derivadas de la profunda espiritualidad implícita en la vocación médica, el autor describe los seis efectos placebo de la relación médico-paciente, descritos por Shapiro y Frank desde 1971, y agrega otros cuatro surgidos de las reflexiones de su equipo sobre tan importantes aportes.

Por último, insiste en que las limitaciones iniciales establecidas al generalista sobre sus responsabilidades psicoterapéuticas, resultan en la actualidad insostenibles para los facultativos capaces de sensibilizarse ante el drama humano de sus pacientes, dispuestos incondicionalmente a ayudarles, y con potencialidades de involucración suficientes para establecer la alianza terapéutica en el marco de una relación médico-paciente positiva.

## **De la relación médico-paciente-familia a la psicoterapia como método terapéutico accesible al generalista**

### **Introducción**

Pocas décadas atrás era frecuente que los psiquiatras incurriéramos en la contradicción de preconizar el manejo integral de los pacientes por médicos de otras especialidades, mientras manteníamos una atmósfera de misterio en torno a la psicoterapia, recurso de uso inevitable por parte del médico generalista.<sup>12,53</sup>

Las reflexiones e informaciones siguientes tienen como propósito destacar las razones que explican la superación de estas apreciaciones reduccionistas, sobre el más universal y significativo de los recursos terapéuticos del médico en cualquier especialidad: la psicoterapia, y comentar, además, el relevante papel de la relación médico-paciente para que esta resulte efectiva.

En épocas ya superadas, los que por razones de especialización poseíamos los conocimientos y habilidades psicoterapéuticas, utilizábamos dicho recurso asistencial con cierto esoterismo y

exclusivismo, racionalizando su no generalización extraespecialidad con el argumento de que su aprendizaje era artesanal y, por lo tanto, transmitido de maestro a discípulos mediante un entrenamiento que no todos podían afrontar, y por medio del cual -con cierto matiz mágico- pasaban al educando tanto los aspectos prácticos de su ejercicio, como la limitación doctrinal a una escuela.<sup>54</sup>

Esta tendencia fue en gran parte determinada por el primer paradigma psicoterapéutico en la historia de nuestra profesión, el psicoanálisis, cuyos estrictos dogmas y técnicas implicaron la prohibición de su uso a profesionales no psicoanalizados. Sin embargo, es justo destacar que pese a esas limitaciones iniciales, sus aportes a la humanización de la medicina y al desarrollo de la psiquiatría y la psicología han sido formidables.<sup>21</sup>

Como resultado del carácter "secreto" del primer método psicoterapéutico y de la coincidente desaparición del clásico médico de familia -que en forma intuitiva y gracias a las condiciones en que ejercía la medicina cubría gran parte de la demanda psicoterapéutica- se presentó, a nivel mundial, un serio problema médico social, determinado por la escasez de técnicos con conocimientos de psicoterapia y la consecuente imposibilidad de hacer frente a la demanda creciente de aquel recurso. Empeoraba la situación el hecho de que muchos "entrenados" psicoanalíticamente se sectorizaban con los métodos de su escuela y, por lo general, rechazaban otros recursos que hubiesen incrementado la utilidad social de su trabajo.<sup>4</sup>

El médico general básico abandonaba las aulas universitarias sin que en su *currículum* se tocaran para nada los aspectos psicosociales del enfermo. Por lo tanto, tenía que enfrentar en su práctica, la realidad angustiosa de que del 30 al 50 % de los concurrentes a un policlínico integral lo hacían por padecer afecciones en las que los aspectos psicosociales predominaban en la patogenia y que, en consecuencia, un cuarto o un tercio de su tiempo tendría que dedicarlo a controlar diferentes reacciones humanas ante las contingencias de la vida en forma totalmente intuitiva, pues carecía de una base científica para dicha gestión. Estas situaciones generaban un comprensible rechazo ante este tipo de paciente y su relación con él con frecuencia se limitaba a la utilización de la única solución a su alcance: el "referido a psiquiatría".<sup>24</sup>

La toma de conciencia de estos factores por parte de los organizadores de la salud y educadores médicos, llevó a la formación transicional de un nuevo médico, con posibilidades de utilizar técnicas de psicoterapia "menor". En la actualidad se está dando otro paso trascendental, y los límites entre la psicoterapia "menor y mayor" se van borrando para el médico que, en verdad motivado por la materia, obtenga la información -ahora científicamente transmisible- y practique su profesión guiado por el deseo de ofrecer ayuda psicológica de cualquier cuantía, a quien la necesite.<sup>55</sup>

En nuestros días, el tope psicoterapéutico para el médico no psiquiatra, más que por el tipo de entrenamiento, se debe determinar por el nivel de información, personalidad, actitud ante la relación

interpersonal técnica de ayuda y posibilidades materiales de tiempo en su práctica médica.<sup>1</sup>

Sin duda alguna, en psicoterapia, la ayuda es más eficiente cuanto mejor sea el entrenamiento, pero no se debe olvidar que muchas veces el interés humano, apoyado en conocimientos técnicos básicos, es preferible al mejor de los entrenamientos cuando falta la capacidad efectiva de acercarse a quien sufre.<sup>5</sup>

Por otra parte, la iatrogenia en psicoterapia es prácticamente imposible si está precedida por un planeamiento que tenga como base las necesidades del paciente, y si es practicada con sentido humano, así como enmarcada en una relación terapeuta-paciente positiva, ya que están bien descritos los mecanismos por los que el paciente utiliza, de forma selectiva, lo bueno que el terapeuta le ofrece, y modifica o ignora lo derivado de errores técnicos -por lo demás poco frecuentes- que aquel pueda cometer .

En un trabajo anterior destacamos la relevancia de una relación médico-paciente positiva para lograr, en forma óptima, los objetivos asistenciales y comentamos los efectos terapéuticos intrínsecos de la relación profesional positiva denominados por Shapiro y Frank efectos placebo o inespecíficos de la relación médico-paciente.<sup>23</sup> Comentamos, además, los éxitos alcanzados por Carl Rogers con su método psicoterapéutico denominado terapia de las relaciones o psicoterapia centrada al cliente, cuyos beneficios esenciales se derivaban de las actitudes del profesional durante la relación con el usuario.<sup>51</sup>

Creemos estar ahora en condiciones para establecer cuáles son los elementos fundamentales que en la práctica actual posibilitan la utilización de la psicoterapia "menor" -y a veces "mayor"- por un médico generalista y con dicha finalidad destacaremos los aspectos que determinan la transición conceptual entre la relación médico-paciente positiva con sus efectos terapéuticos intrínsecos, y el ejercicio psicoterapéutico totalmente delimitado.

Muchos años atrás, en un libro titulado *Psicología para médicos generales*, hicimos una reflexión que en nuestro criterio mantiene toda su vigencia: en la relación médico-paciente solo existen dos alternativas para el profesional: hacer psicoterapia en alguna de sus modalidades o hacer iatrogenia", y agregábamos que el resultado terapéutico final dependía, en esencia, de la identificación de las necesidades básicas de ayuda psicológica existentes en el paciente y el planeamiento adecuado por parte del profesional de cómo satisfacerlas en la medida de sus potencialidades, así como qué recursos psicoterapéuticos utilizar.

Tratar por todos los medios de estar alerta ante los mensajes recibidos y emitidos por todas las vías de comunicación (verbales, extraverbales, táctiles e instrumentales) y evitar a toda costa que se produzcan influencias psicológicas no planificadas -que podrían ser negativas- representan los pilares básicos para hacer psicoterapia. El resto sería preocuparse por la retroalimentación procedente del usuario, para continuar o modificar las influencias programadas, según los resultados que apreciemos durante la interacción que tiene por marco la entrevista en sus diferentes contextos.

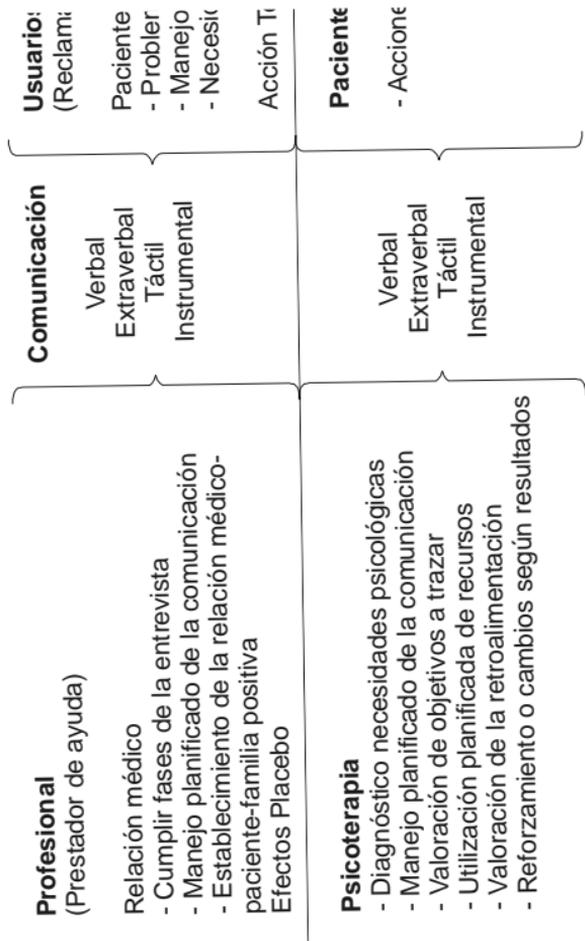
Si reflexionamos sobre lo expuesto veremos que la condición fundamental para entrar en el campo de la psicoterapia es identificar necesidades de ayuda psicológica, programar hasta dónde estamos en posibilidades de darla, según nuestros conocimientos y entrenamiento, seleccionar los recursos psicoterapéuticos a nuestro alcance, así como controlar sus resultados para continuarlos y reforzarlos o sustituirlos.

La situación, llevada al esquema interpersonal de la relación profesional de servicio asistencial en el campo de la salud, sería tal como aparece en la figura.

## **Conclusiones**

Las reflexiones derivadas de los párrafos precedentes nos permiten inferir que muchos de nosotros durante la etapa de médico generalista y también durante los inicios de nuestra residencia psiquiátrica reproducíamos en la práctica las vivencias del gentil hombre Moliere, quien manifestó una gran satisfacción cuando supo que hablaba en prosa, algo que hacía desde mucho antes de saber el significado de la palabra.

*Todos nosotros, durante el ejercicio de nuestra profesión, hemos influido psicológicamente -y en forma planificada, según objetivos trazados- sobre nuestros usuarios, pacientes y familiares, ya que la psicoterapia no es más que la utilización -en el marco de una relación médico-paciente positiva -de recursos que actúen por vía psicológica sobre uno o más pacientes, con el*



**Fig.** *Relación profesional asistencial en el campo de la salud.*

propósito de promover o restablecer su adaptación creadora al medio (adaptación que puede estar afectada por los sufrimientos de una enfermedad psíquica o somática, por patrones de comportamiento inadecuados o por inmadurez en la personalidad).

El primer obstáculo adaptativo podría ejemplificarse por un cuadro depresivo-ansioso situacional; el segundo, por una adicción a sustancias químicas; y el tercero por pacientes con personalidad inmadura.

Dejamos al generalista la decisión de determinar hasta qué nivel de esta escala progresiva de complejidades puede llegar -según su entrenamiento y motivaciones- en sus esfuerzos por atenuar sufrimientos.

## **Resumen**

Luego de referirse, brevemente, al inicial exclusivismo de la psicoterapia al campo de la psiquiatría, como consecuencia, en parte, de las exigencias del primer modelo psicoterapéutico: el psicoanálisis, el autor destaca la importancia de los aportes de Carl Rogers con su psicoterapia de las relaciones y de los efectos placebo de la relación médico-paciente muy bien destacados por Shapiro y Frank.

Enfatiza la progresiva transición entre los efectos beneficiosos derivados de las potencialidades intrínsecas de la relación médico-paciente y los derivados de la utilización de recursos psicológicos, y destaca como aspectos esenciales de la gestión psicoterapéutica, la identificación de las

necesidades de ayuda psicológica del usuario, la valoración de los objetivos que se deben trazar, según las posibilidades del facultativo, la selección de los recursos psicoterapéuticos adecuados, el control constante de las comunicaciones aferentes y eferentes, la planificación permanente de las influencias psicológicas, así como el tomar en cuenta la retroalimentación de los resultados inmediatos, para continuar o modificar el planeamiento de los recursos que se vayan a utilizar.

## Recursos psicoterapéuticos del médico general integral

### Introducción

Dada la alta relevancia de la psicoterapia como método asistencial básico para el médico general integral, nos proponemos abordar algunos aspectos conceptuales y clasificatorios, así como los recursos de mayor utilidad para el generalista en sus relevantes gestiones en el primer nivel de atención. A continuación daremos algunas definiciones paradigmáticas:

- "Tratamiento para problemas emocionales, en el cual una persona convenientemente entrenada establece una relación profesional con uno o varios pacientes, con el objetivo de eliminar, modificar o aliviar síntomas existentes, modificar patrones de comportamiento alterados y propiciar el desarrollo positivo de la personalidad." (Armando Córdova Castro)<sup>56</sup>
- "Tratamiento mediante el influjo psíquico del médico." (Vallejo Nágera)<sup>46</sup>
- "Tratamiento con métodos de influencia psíquica o por vía psíquica." (Muller-Hegeman)<sup>57</sup>

- "Terapia reflejocondicionada verbal o terapia verbal."(Sviadosh, citado por Basin)<sup>58</sup>

Apréciense en la esencia de estas definiciones los siguientes aspectos:

- Relación profesional entre alguien que reclama ayuda psicológica en materia de salud y un profesional calificado para ofrecérsela.
- Utilización consciente y planificada de recursos que actúen por vía psicológica sobre el reclamador de ayuda.
- Persecución de objetivos médicos, vale decir, promover o restablecer la adaptación creadora al medio que, en esencia, puede limitarse por los síntomas de una afección, por la presencia de patrones de conducta inadecuados o por inmadurez de la personalidad.

La psicoterapia en sus diferentes modalidades se expresa, por tanto, cada vez que el médico en su relación profesional, utiliza en forma consciente y planificada, de acuerdo con los problemas del paciente, recursos que actúan sobre este por vía psicológica y que tengan como objetivo eliminar síntomas, modificar patrones de comportamiento inadecuados o madurar su personalidad, propósitos que una vez alcanzados seguramente incrementarán o restablecerán,<sup>31</sup> según el caso, la adaptación creadora al medio.

Huelga destacar la existencia de un proceso constante de retroalimentación que posibilita el

cambio de táctica cuando los resultados no son satisfactorios. También resulta fundamental la valoración continua por parte del terapeuta de sus propias respuestas emocionales ante las situaciones afrontadas.

Obsérvese la similitud de esta relación con la de profesor-alumno.<sup>59,60</sup>

## **Clasificación de la psicoterapia**

Sobra decir que dentro de este amplio campo de posibilidades se incluyen, según los objetivos perseguidos, tres grandes categorías de psicoterapia: la psicoterapia supresiva, que pretende eliminar síntomas sin modificar la personalidad en forma significativa; la psicoterapia reeducativa, que se orienta a corregir los patrones de comportamiento inadecuados; y la psicoterapia reconstructiva, cuyas metas están en el desarrollo global de la personalidad de sujetos con marcada inmadurez.

Según su duración y profundidad exploratoria existen dos categorías:

- Psicoterapia breve, superficial o no exploratoria.
- Psicoterapia moderada o de larga duración, profunda y exploratoria.<sup>24</sup>

Finalmente, según su utilización con un solo paciente o con un colectivo, la psicoterapia se denominará individual o de grupo, y si se trata de matrimonios o familias, psicoterapia de matrimo-

nios o familias, que a su vez pueden desarrollarse con un solo colectivo familiar o con varios.

## **Significado de la exploración biográfica**

Dejamos a libre valoración cuáles de estas categorías están al alcance del médico general y cuáles requieren mayor entrenamiento. Veamos ahora los recursos más accesibles, pero antes comentaremos algunos elementos que se deben tomar en cuenta en la gestión psicoterapéutica. Para ello invitamos al lector a reflexionar sobre lo que ocurre cuando entramos a un cine después de haber comenzado la proyección del filme, allí apreciaremos que existen reacciones en el público que no son comprensibles para nosotros, tales como simpatía hacia algún actor en el papel que desempeña, risas en situaciones que para nosotros no tienen gracia alguna o comentarios expresivos de la expectación de alguna incidencia argumental que nosotros no podemos vaticinar, lo que determina cierto desconcierto inicial del que difícilmente saldremos hasta "empatar la película" y conocer lo ocurrido antes de nuestra llegada.

La utilización de este símil nos permitirá valorar la importancia psicoterapéutica -sobre todo cuando se trazan objetivos reeducativos o reconstructivos- de conocer qué ha ocurrido antes en la vida del paciente y esto no solo resulta relevante para el propósito terapéutico, sino también para el diagnóstico de los aspectos que se deben modifi-

car con nuestra influencia psicológica.<sup>4</sup> Es decir, antes de programar los objetivos y los recursos que vamos a utilizar, es imprescindible que identifiquemos cuáles son los síntomas o los patrones inadecuados del comportamiento u otras deficiencias en la personalidad que debemos enfrentar durante la "alianza terapéutica", así como cuáles y cómo han sido las relaciones interpersonales previas a la que se desarrolla en el marco terapéutico, sobre todo aquellas establecidas con personas significativas en el entorno hogareño y, posteriormente, en el contexto escolar, laboral y social.

Es lógico inferir que cuanto más tempranas sean las influencias positivas o negativas del entorno -sobre todo el interpersonal- tanto más relevantes serán estas en la determinación de personalidades normales o con meyoopragias más o menos severas, representadas, en esencia, por rasgos caracterológicos como la minusvalía, inseguridad, rigidez, limitaciones interpersonales, intolerancia a frustraciones y otros que propenden a la ansiedad o a la utilización de mecanismos de defensa de la personalidad exagerados o ineficaces, que en lugar de lograr sus objetivos adaptativos, pueden convertirse en notables obstáculos para disfrutar de salud mental.

Por otra parte, la ductilidad de la personalidad ante la psicoterapia es tanto mayor cuanto más joven sea el reclamador de ayuda, y el símil de la arcilla húmeda, con facilidad moldeable, y la endurecida por el tiempo, difícilmente modificable,

se ajusta tanto al efecto de las influencias positivas como de las negativas, representadas estas últimas por los psicotraumas tempranos, muchos de los cuales pierden su carácter consciente, pero mantienen (o incrementan) sus potencialidades patogenéticas, con la desventaja de que su acción ahora se aparta de las leyes de la lógica. Así, un niño maltratado por su progenitora puede, en el futuro, expresar notable hostilidad hacia figuras autoritarias como un maestro, un policía o su jefe en el trabajo, sin poder discriminar las diferencias de edad, sexo o contexto interpersonal, y reacciona ante ello como si fueran la madre que lo rechaza, con el agravante de que no es en modo alguno consciente de los mecanismos que determinan la "confusión" y que jugarán relevante papel en su futura conducta inadaptativa.

Estos mecanismos, que pudieran ser la transferencia, el desplazamiento, la regresión y la simbolización, en definitiva pretenden ser "aliados" inconscientes del sujeto, pero cuando fallan, pueden resultar muy nocivos, y su clarificación y conscientización por parte del paciente requieren importantes esfuerzos terapéuticos.<sup>51</sup>

Veamos esto con otro símil. Las experiencias negativas con su madre se comportan como las brasas de un antiguo fogón de carbón que al caer donde se colecta la ceniza y ser cubiertas por ella pierden en apariencia la posibilidad de generar calor (se olvidan y funcionan mediante procesos inconscientes), pero mantienen todas sus poten-

cialidades calorígenas (determinantes de conductas o motivaciones inconscientes), y la forma idónea de eliminar sus efectos de larga duración es remover la ceniza y posibilitar su combustión hasta extinguir la fuente calórica (conflictiva). En muchos casos de psicoterapia reeducativa y reconstructiva es necesario desarrollar una tarea similar, sobre todo cuando existen mecanismos que han salido del control consciente y el proceso equivalente a la remoción de la ceniza es por lo general determinante de ansiedad hasta que se logran los objetivos propuestos en el planeamiento psicoterapéutico.

Finalmente queremos resaltar la relación entre la hostilidad reprimida y la depresión, así como entre la violencia y el suicidio (cuando esta no se canaliza de manera adecuada). Asimismo debe recordarse el empeoramiento de los síntomas hipocondríacos y obsesivos cuando se suma al cuadro clínico la depresión, así como la frecuente asociación de la hipocondría con personalidades pasivodependientes en las que el temor a la muerte es su característica esencial y la preocupación magnificada por la salud expresa angustia ante la soledad, implícita en la imagen que culturalmente hemos desarrollado sobre el final de nuestros días.

Estos pacientes dejarían de preocuparse por sus presuntas enfermedades si tuviesen la seguridad de que estas no los llevarán a resultados fatales. Debe recordarse también que en la mayoría de los casos de celos patológicos, subyace la infe-

rioridad, y el ejemplo típico es el celo del alcohólico cuya minusvalía (debido a su comportamiento inadecuado y las múltiples frustraciones que determina en su pareja) trata de ser evadida mediante racionalizaciones, proyecciones y conversión en lo contrario, expresadas en la clínica como: "ella no me quiere porque le interesa otro hombre" (negación de su conducta inadecuada, racionalización y conversión en lo contrario: quien falla en la relación no es él, sino ella). Obviamente, por su extensión, la significación y descripción de los mecanismos de defensa de la personalidad que han sido expuestos en detalle en el libro: *La psicología en el campo de la salud y la enfermedad*<sup>12</sup> y abordaremos en síntesis algunos recursos de frecuente utilización por el médico generalista.

## **Recursos psicoterapéuticos específicos**

**La información.** El aporte de información adecuada y la eliminación de falsas apreciaciones son recursos psicoterapéuticos de gran valor, con los que el médico recupera su ancestral papel de maestro.

Una paciente, deprimida por el trastorno orgásmico que se presentó después de una ligadura de trompas, quien considera que le afecta su femineidad, no se repondrá con facilidad si el médico no dedica unos minutos a explicarle, acorde con su nivel cultural, la falsedad de esta idea y le hace

conocer la función puramente conductora de las trompas.

**La ventilación y la catarsis o abreacción.** Facilitar la ventilación de preocupaciones y recuerdos penosos, ante un médico que sepa escuchar y mostrarse comprensivo, es un recurso ansiolítico más potente, a veces, que el mejor tranquilizante. La técnica para lograrlo es sencilla, basta una pregunta: "¿tiene usted preocupaciones?" El mecanismo por el que la ansiedad se atenúa, es una variedad de la catarsis, cuya esencia conceptual es la descarga o la salida. La abreacción es el mismo fenómeno magnificado que implica, además, intensos componentes afectivos y conativos.

**El apoyo.** Las palabras de consuelo, orientadas a reafirmar la personalidad del paciente que enfrenta situaciones difíciles, son un recurso de gran valor cuando provienen de un médico. Un hombre deprimido por la muerte de su madre se angustia porque considera esa reacción como una señal de debilidad. Palabras como "éste es un golpe duro para cualquier hombre, y es lógico que se sienta usted triste, pero sabemos que en breve tiempo se repondrá totalmente", en ocasiones resultan de gran utilidad.

**La guía de acción.** En personas con escasos recursos de personalidad es necesario que el médico tome decisiones sobre la conducta que debe seguir el paciente. Un hombre tímido, frustrado en su primera relación amorosa, duda si será acep-

tado por una compañera de trabajo que se le insinúa. La influencia orientadora del médico puede ser el elemento que lo decida a vencer su temor a la frustración.

**El manejo del medio.** Un oligofrénico, consultado por un síndrome ansioso originado al iniciar estudios por encima de sus capacidades, sabe que esa es la causa de su trastorno, pero se mantiene en la actividad escolar, pues teme que sus compañeros consideren que ha claudicado ante una tarea. La certificación orientando que se le excluya de las actividades escolares es el mejor y único ansiolítico.

**La inspiración.** Este recurso consiste en ofrecer al paciente nuevos enfoques ante las situaciones de conflicto, sentando las bases para las nuevas actitudes. Una mujer muy dependiente, con gran demanda de afecto, se deprime ante un embarazo (el tercero) que no fue deseado. El médico controla la situación planteándole que la comprende, pero le recuerda que en ese hijo puede hallar el afecto que tanto ha añorado.

**La exteriorización de intereses.** En pacientes deprimidos, sobre todo, se utiliza con mucha frecuencia este recurso que activa o crea intereses que le permiten interrumpir sus rumiaciones depresivas.

Un paciente temeroso de manifestar su hostilidad (y con gran necesidad de hacerlo) reconoció en una entrevista que siempre había querido ser judoka, después que el médico le habló acerca de la conveniencia de practicar algún deporte como

medio para liberar la hostilidad. El comienzo de esta actividad coincidió con su recuperación.

**La biblioterapia.** Este recurso, que consiste en la recomendación de lecturas adecuadas, en ocasiones brinda excelentes resultados. La lectura del diario del Comandante Che Guevara es una recomendación muy valiosa para un asmático que de manera distorsionada se valore como invalidado por su afección.

**La persuasión.** La utilización de argumentos lógicos para lograr un cambio de actitud en el paciente es uno de los recursos más antiguos de la práctica médica. Una mujer, muy apegada a los hijos, sufre dificultades familiares que se atenuarían mucho si consintiera internar a sus hijos en una beca. Su rechazo a esta posibilidad (por considerarlo erróneamente una evidencia de desamor) es combatido, de forma exitosa, cuando el médico señala las ventajas que reporta la beca en cuanto a la alimentación y al desarrollo cultural y social de los hijos se refiere, y hace énfasis en la madurez emocional que alcanzarán, así como en la posibilidad de viabilizar las visitas periódicas a la casa. Desde luego, el médico se cuidó de no hacer evidente su objetivo central (disminuir las responsabilidades de la paciente), ya que de haberlo hecho, la culpabilidad hubiese determinado que esta ratificase su decisión.

**La orientación paradójal.** Existen síntomas que son más intensos cuanto más esfuerzos hace

el paciente por eliminarlos, pues se basan en mecanismos ultraparadojales de la actividad nerviosa superior (respuesta contraria al estímulo). Muchos de estos casos se resuelven si logramos invertir la intención del paciente. Una mujer obsesiva se quejaba de tener que mirar hacia el edificio vecino durante 15 min todas las noches, antes de acostarse. Esto le parecía absurdo, pero llevaba dos años tratando de vencer esa idea sin lograrlo. La orientación médica fue que obligatoriamente debía mantener esa conducta durante 30 min controlados por el reloj. La indicación se cumplió durante 17 noches; después, desapareció el síntoma. En casos de tos nerviosa (si existen estos mecanismos paradójales), el médico puede emplear el método de hacer toser al paciente frente a un espejo de manera obligatoria. Los resultados son positivos en el 90 % de los casos.

**El descondicionamiento.** Este recurso se utiliza para eliminar condicionamientos patológicos. El alcohólico que toma disulfiram sufrirá, con cada futura ingestión de alcohol, molestias muy desagradables que servirán para romper el condicionamiento: ingestión de alcohol-sensaciones agradables. En el tratamiento de algunas perversiones sexuales se utiliza el método de aplicar un choque eléctrico doloroso que coincide temporalmente con la exposición de un estímulo relacionado con la perversión en cuestión. Este nuevo

condicionamiento negativo servirá para romper el condicionamiento perverso.

**La desensibilización sistemática.** Este magnífico aporte de J. Wolpe es, en nuestro criterio, uno de los recursos más efectivos para el tratamiento de las fobias.<sup>61</sup> Su principio básico es el mismo de la desensibilización del asmático mediante dosis progresivamente crecientes del alérgeno que le afecta.

La técnica en cuestión es enfrentar al enfermo, de forma progresiva, a la situación fóbica, luego de realizar inmediatamente antes de cada enfrentamiento sistemático una sesión de ejercicios de relajación que garantice que la nueva experiencia ocurrirá sin angustia.

Para utilizar este recurso se establece, en discusión crítica con el paciente, una escala de jerarquía de situaciones fóbicas que van desde la menos determinante de ansiedad hasta la más trascendental en dicho aspecto. Se completa la escala con situaciones intermedias, siempre en orden ascendente, a partir del escalón más bajo.

Así, un claustrofóbico que teme a los ómnibus repletos de pasajeros, aceptará, como situación de menor angustia, tomar dicho vehículo en la madrugada, horario que garantizará que esté prácticamente vacío, y se ubicará en el nivel jerárquico superior la situación de encontrarse en un transporte lleno de pasajeros con las ventanillas cerradas porque llueve mucho.

La desensibilización sistemática en su forma original se desarrolla en forma imaginaria mediante la representación mental de las situaciones planificadas en la escala; cuando se realiza *in vivo* se denomina exposición gradual.

**La implosión.** Este recurso, propuesto con éxito por Stampfl, sería la contrapartida del descrito con anterioridad, y consiste en el enfrentamiento directo de la situación temida. Así se logra la eliminación de la ansiedad por mecanismos de extinción de la respuesta fóbica; puede también realizarse imaginariamente (implosión clásica) o con el apoyo personal del terapeuta en la situación *in vivo*,<sup>62</sup> y se denomina entonces inundación o *flooding*.

**La sugestión.** Persigue como objetivo introducir una idea en la mente del paciente, violando sus capacidades críticas; ha sido el más utilizado para curar desde los inicios de la humanidad. En él se basan las curaciones "milagrosas", por él curan el amuleto y las ceremonias de exorcismo. Sus fundamentos mágicos son, quizás, la causa por la que el médico ha desarrollado poco este recurso en la práctica diaria y ha olvidado el hecho de que en su actuación siempre hay algo de magia para el paciente. La sugestión puede ser directa, cuando el médico ejerce su influencia sobre el paciente sin la utilización de intermediarios: "desde mañana comenzará la mejoría progresiva", o indirecta: "desde la tercera inyección apreciará usted que duerme mejor". La sugestión puede ocurrir

al estar el paciente despierto (sugestión vigil), con él sumido en trance hipnótico (sugestión hipnótica), bajo el efecto de un barbitúrico de acción ultrarrápida (sugestión bajo narcosis, que requiere la presencia del anestesta por el riesgo de espasmo de la glotis) o mientras el paciente duerme naturalmente (técnica de menor uso).

**La utilización de la autosugestión del paciente.** Este método tiene la ventaja de que "es el paciente quien resuelve su problema". El tratamiento (entrenamiento autógeno de Schultz) tiene sus raíces en los métodos de absorción yoga, y como fundamento fisiológico de pueden establecer condicionamientos que enlacen la voluntad con la actividad neuromuscular y vegetativa. Mediante ejercicios diarios de concentración, efectuados en posiciones que favorecen la relajación muscular, el paciente se entrena para que las representaciones mentales -como "siento total tranquilidad", "mis brazos están pesados"- se acompañen de respuestas corporales concordantes. En ejercicios posteriores se puede lograr un efecto beneficioso sobre el tono vascular, el funcionamiento digestivo y la frecuencia cardíaca; o eliminar fobias, manifestaciones de inseguridad, explosiones coléricas y otros. También puede usarse la técnica de Jakobsen, que implica la relajación ascendente a partir de los pies con la variante de contraer en un inicio la musculatura antes de lograr la relajación.

**La recompensa, la no recompensa y la sanción.** En la relación médico-paciente, el médico gratifica con palabras o gestos las actitudes posi-

tivas, y hace lo opuesto o se abstiene (y en casos excepcionales sanciona) ante conductas no deseables. Este mecanismo psicológico es el que explica la influencia de las figuras significativas en la estructuración del carácter de los niños.

**La experiencia emocional correctiva.** Durante el desarrollo biográfico, los pacientes establecen criterios, muchas veces distorsionados, que son resultado de experiencias reales o imaginarias. Al psiquiatra le toca, durante la nueva relación, modificar los criterios distorsionados y comportarse de forma tal que el paciente aprecie que sus experiencias infantiles no pueden ser universalizadas. Un paciente que en las primeras etapas de su vida reprimió su agresividad, porque consideró que no hacerlo podría desencadenar la cólera del padre dominante, en la actualidad ha establecido un patrón de conducta consistente en tolerar a duras penas situaciones movilizadoras de hostilidad (esta puede ser una de las causas de depresión). Durante su tratamiento, el médico debe tener la suficiente madurez para demostrarle (con su reacción) que una manifestación de protesta, ante alguna situación relacionada con el tratamiento, no tendría las consecuencias catastróficas que el paciente imagina y tratará de estimularlo a superar el patrón de conducta patológica al facilitarle la exteriorización de hostilidad.

**El estudio histórico de la vida del paciente.** Este recurso tiene como objetivo que el paciente se comprenda mediante el conocimiento de

la relación entre su conducta actual y sus experiencias anteriores. Esta comprensión dinámica se considera un factor importante en el cambio de muchas actitudes.<sup>63</sup>

**La evidencia de elementos inconscientes conflictivos.** Aunque suele estar fuera del alcance del generalista, creemos útil ejemplificarlo. Un paciente que en su infancia sostuvo relaciones sexuales con la hermana, causa ahora sorpresa en la familia por su religiosidad. Su motivo de consulta son ideas obsesivas de contenido sexual.

La entrevista evidencia que su religiosidad está explicada por el mandamiento no fornicar, que lo protege de la repetición simbólica de las experiencias que ahora le torturan constantemente, y le brinda, además, la oportunidad de pagar su culpa mediante una vida de sacrificios. Esta relación, desde luego, se mantiene en un nivel inconsciente y el paciente explica su alejamiento de las mujeres con sus principios religiosos. La interpretación de la religiosidad como defensa para evitar las experiencias heterosexuales que evocarían el incesto, sería, en psicoterapia, una ruptura de defensa, necesaria para poder enfrentar los conflictos frente a frente.

Otro paciente resulta ser el "brazo derecho" de su padre, con quien mantiene magníficas relaciones, y muestra, sin embargo, dificultades notables con personas que desempeñan cargos de autoridad. En un momento dado del tratamiento comienza a manifestarse hostil con el terapeuta, refiere

que se siente tratado como si fuera un inútil y evoca sus relaciones infantiles con el padre, las cuales engendraron una notable hostilidad que con posterioridad fue encubierta con una conducta opuesta. El paciente transfirió al terapeuta sentimientos que inconscientemente dirigía a su padre. La valoración de estos elementos constituye el análisis de una transferencia.

Un tercer paciente se consulta por sentir angustia cuando sale con mujeres y no haber logrado hasta ahora tener relaciones sexuales. Durante el tratamiento refiere, con frecuencia, sueños angustiosos, en los que sostiene relaciones sexuales con la madre. La interpretación de estos sueños permitirá al paciente comprender los lazos incestuosos que lo unían a la madre y que ahora dificultan su adaptación heterosexual.

**El cinedebate terapéutico.** Esta técnica, creada en nuestro país por el profesor Carlos Acosta Nodal, resulta muy efectiva para el manejo de grupos numerosos con objetivos dinámicos.<sup>64</sup>

En la siguiente relación se exponen, en forma de síntesis conceptual, los diferentes recursos aportados por las corrientes psicoterapéuticas más relevantes:

- Exploración del inconsciente:

- Catarsis (salida o descarga con énfasis ideativo).
- Abreacción (salida o descarga afectivo-conativa).

- Confrontación (focalización del problema).
  - Clarificación (subrayado en lo esencial).
  - Interpretación (el por qué dinámico).
  - Experiencia emocional correctiva (no es como siempre pensé y sentí).
  - Análisis de transferencia (valorar relaciones originales desplazadas).
  - *Working through* (el proceso terapéutico fuera de las sesiones).
  - Valoración biográfica (qué ocurrió antes).
  - Interpretación de sueños (de lo manifiesto y lo latente).
- Efecto de la palabra:
- Apoyo (seguridad apuntalada por el terapeuta).
  - Información (transmisión de conocimientos necesarios).
  - Guía de acción (conducta dirigida por el terapeuta que "toma el mando").
  - Sugestión (influencia que viola el razonamiento).
  - Autosugestión (efecto por autorreiteración en concentración).
  - Persuasión (argumentación para convencer).
  - Exploración causal (exploración de primeros mecanismos).
  - Análisis de actitudes (por qué reacciona así y no de otra forma).
  - Manejo de convivientes (cambio de actitudes en familiares).

- Relajación (ansiolisis por retroalimentación y competencia inducida).
  - Inhibición recíproca interpersonal (competencia inhibición-excitación por palabras y gestos del terapeuta).
  - Exteriorización de intereses (exploración y guía motivacional).
  - Biblioterapia (influencia mediante lecturas orientadas).
  - Exhortación (guía de acción por sugestión directa inspirativa).
- Experimentación psicológica:
- Modificación del medio (eliminación de tensiones ambientales).
  - Clarificación de patrones inadaptativos (diagnóstico e información de las conductas desajustadas).
  - Integración cognitiva (modificación de esquemas cognitivos errados).
  - Recompensa y sanción (aprendizaje condicionado planificado).
  - Condicionamiento aversivo clásico (aprendizaje condicionado planificado).
  - Condicionamiento operante (reforzamiento o inhibición de conductas).
  - Modelaje (ejemplificación de comportamientos que se deben imitar).
  - Moldeamiento (refuerzos progresivos para ajustar conducta).

- Ensayo de papeles (moldeamiento o clarificación por actuación).
  - Autorrelajación (ansiolisis por competición autoconducida).
  - Inducción recíproca contextual (competencia con estímulos ambientales).
  - Desensibilización sistemática (aproximación y relajación imaginativa).
  - Implosión (extinción por exposición mantenida sin evitación imaginativa).
  - Detención del pensamiento (interrupción inducida de ideas).
  - Contrato de contingencias (convenio interpersonal).
  - *Token economy* (reforzamiento mediado de conductas).
  - Juramento (compromiso y refuerzo cognitivo).
  - Control cubierto (clarificación motivacional).
  - Sensibilización cubierta (competencia acercamiento-aversión imaginativa).
  - Respuestas cubiertas por sustitución (oferta y ejecución de alternativas).
- Comprensión, expresión e intercambio vivencial:
- Intercambio de experiencias (ósmosis bienhechora).
  - Exteriorización de intereses (guía motivacional inspirativa).
  - Guía de acción (conducta dirigida con recursos inspirativos).
  - Inspiración (nuevos enfoques optimistas transmitidos).
  - Definición de metas (solución del vacío existencial).

- Lecturas inspirativas (inspiración mediada por lecturas).
  - Dramatización (introspección y catarsis vivencial por actuación).
  - Cinedebate (dramatización filmada y debatida).
  - Meditación (introspección hipnoide).
  - Fantasía dirigida (vía regia existencial).
  - Abreacción inducida (exteriorización guiada de conflictos).
  - Ensayos asertivos (ejercitación de nuevas conductas de reafirmación).
  - Orientación paradójal (inversión de acciones contra el síntoma).
- Análisis de la comunicación y concepción sistémica:
- Prescripción de síntomas (control de conductas al simularlas).
  - Identificación de paradojas (diagnóstico y discusión de mensajes contradictorios).
  - Delimitación de jerarquías (corrección de papeles según autoridad).
  - Identificación de alianzas (detección de uniones por el poder).
  - Ensayo de metaalternativas (valoración escenificada de otras conductas).
  - Interacción guiada (solución dirigida de errores comunicacionales).
  - Moldeado familiar (corrección escenificada de conflictos).

En nuestro criterio, la significación del establecimiento de relaciones médico-paciente positivas y el desarrollo de una actitud psicoterapéutica -a la medida de las posibilidades prácticas del generalista- son al nivel mundial los aspectos más subvalorados por los médicos no psiquiatras, y con ello se reducen cuantitativamente sus potencialidades terapéuticas y se incrementan las posibilidades de hacer iatrogenia.

La psicoterapia, en sus modalidades reeducativas y sobre todo reconstructiva, sería una utopía en la práctica cotidiana de un médico general integral, pero el conocimiento y la utilización planificada de muchos de los recursos descritos constituyen un relevante factor potenciador de la trascendental misión del generalista.

## **Resumen**

Se valoran varias definiciones clásicas de psicoterapia y se llega al concepto de este método terapéutico que integra el campo de acciones del generalista.

Se insiste en la imbricación relación médico-paciente-psicoterapia y también en el efecto preventivo de iatrogenia implícita en la permanente actitud psicoterapéutica del facultativo. Se aborda una clasificación operativa de la psicoterapia y se describen los recursos más accesibles al médico general integral.

## Prevención de iatrogenias ocasionadas por vía psíquica

### Introducción

En esencia, el médico influye sobre sus pacientes mediante dos tipos de recursos terapéuticos:

- Los que actúan utilizando las funciones psíquicas como intermediario principal.
- Aquellos que actúan sin mediación de dichas funciones.

Cuando estos recursos son bien utilizados, se logra el objetivo médico perseguido; cuando esto no sucede, se hace iatrogenia.

La iatrogenia, de iatros (médico) y genia (engendrar), abarca todos los efectos nocivos que pueden derivarse de la gestión médica, e incidir sobre los pacientes y sus familiares.<sup>12</sup>

El propósito de las siguientes reflexiones es destacar las más frecuentes iatrogenias cometidas a nivel mundial y el extraordinario papel que desempeña la actitud psicoterapéutica en su prevención.

Abordaremos las iatrogenias relacionadas con el uso inadecuado de recursos terapéuticos que emplean la vía psíquica como intermediario principal y que expresan, en la clínica, la realidad de nuestra observación autocrítica de que en la relación médico-paciente solo existen dos alternativas: la psicoterapia o la iatrogenia. Veamos ahora sus modalidades, mecanismos de acción y medidas de prevención.

### **Mala calidad de la relación médico-paciente**

El desarrollo exitoso de esta relación requiere, además de la intuición, algunos conocimientos sobre sus características básicas, pues es una situación interpersonal que cabría en la categoría de relación de prestación de servicio. En esta categoría, por lo general, intervienen dos personas con diferentes grados culturales y estados afectivos. Una se halla en la posición de reclamar ayuda y otra en la de ofrecerla, y su interacción ocurre por vías verbales, extraverbales, táctiles e instrumentales. El éxito depende de la capacidad del médico para manejar la situación de inferioridad del paciente mediante el respeto, la atención y el trato afectuoso, así como de su preocupación y su capacidad para satisfacer los objetivos básicos del enfermo: saber qué tiene, aliviarlo y curarlo.<sup>18</sup>

El efecto iatrogenizante de la mala relación médico-paciente, puesto en duda por algunos médi-

cos, sería aceptado con facilidad si se recordara que la seguridad que brinda en el paciente una relación exitosa, puede incrementar las defensas frente a gérmenes invasores, coadyuvar en la estabilización de un proceso inmunoalérgico, acelerar la cicatrización, normalizar las hipertensiones, atenuar el dolor y resolver impotencias psicógenas. Tanto estos, como otros efectos positivos, ocurren gracias a las conexiones corticohipotalamohipofisarias, mediante las cuales las influencias psicológicas pueden determinar modificaciones sistemáticas, vegetativas y neuroendocrinas. Sobra decir que si la relación médico-paciente fuera mala, estas conexiones determinarían efectos opuestos.<sup>21</sup> También se debe destacar que, aunque la facilidad para las relaciones humanas favorece el buen desarrollo de la relación médico-paciente, puede ocurrir que un médico utilice bien las primeras y mal las segundas o viceversa.

La iatrogenia provocada por una relación deficiente médico-paciente puede deberse a la subvaloración de este aspecto por parte del facultativo, a su desconocimiento de los factores psicológicos básicos de la relación, o a la inseguridad y la angustia que surge ante la patología del paciente o ante situaciones humanas extraprofesionales que el médico involuntariamente desplaza sobre sus enfermos.<sup>17</sup>

## **Mal uso del interrogatorio**

De forma intuitiva, el paciente valora, de acuerdo con las preguntas que se le formulan, el grado de interés mostrado por el médico sobre su problemática. El interrogatorio puede ser deficiente: por su brevedad, ya que se percibe como manifestación de apuro; por indiscreto, apreciación del paciente cuando las preguntas no tienen una relación clara con su problemática; por inducir síntomas, sobre todo en pacientes muy sugestionables; por utilización de términos que el paciente no conoce, deficiencia que ocasiona grandes dificultades de comunicación; y por mala sistematización, error que causa serias dudas sobre la capacidad del médico, en pacientes con alto desarrollo cultural.<sup>65</sup>

El interrogatorio mal encausado expresa que el médico no se ha preocupado por escrutar qué espera de él su paciente y a qué nivel lo espera.<sup>26</sup>

## **Mal manejo del examen físico**

El examen físico puede ser deficiente por iguales causas que las señaladas en el interrogatorio, pero sus fallas son más significativas para el paciente, ya que valora este aspecto del trabajo médico como el más importante.

Se debe recordar, además, que el enfermo viene al médico a dialogar con la ciencia y que para él esta habla por medio de los instrumentos, cuyo efecto "mágico" positivo no debe ser olvidado por el facultativo, quien debe evitar la insatisfacción del deseo de ser explorado técnicamente, cualquiera que sea la especialidad médica. Por lo general, además de su motivo de consulta, el paciente sufre temores hipocondríacos que muchas veces no expresa, por lo que el examen confirmador de su buena salud tiene un gran poder ansiolítico. El ¿no me va a tomar la presión?, expresión frecuente en especialidades no clínicas, pone de manifiesto esta aspiración del enfermo.<sup>46</sup>

Por otra parte, un examen físico demasiado minucioso o repetido por el mismo médico o por compañeros de trabajo, crea grandes angustias en el paciente. Esta situación es muy difícil de controlar en hospitales docentes donde se establece muchas veces el conflicto iatrogenia-docencia.

La causa más frecuente de iatrogenia por deficiencias en el examen físico es la subvaloración que hacen muchos médicos del notable efecto reforzador de la terapéutica de un examen físico que satisfaga al paciente. El médico debe programar la exploración de su paciente, valorando no solo sus necesidades para el diagnóstico, sino también las preocupaciones de la persona que asiste.<sup>51</sup>

## **Mal uso de complementarios**

El médico, a veces, crea notable angustia cuando comenta sus dudas sobre los complementarios ante el paciente, o cuando los repite sin necesidad o sin una explicación adecuada. Igualmente las exploraciones importantes, por lo general desagradables, como broncoscopia, esofagoscopia, gastroscopia y laparoscopia, con frecuencia determinan apreciaciones pesimistas en el enfermo, quien cree que tiene algún proceso maligno.

## **Mal uso de la información**

Esta es la causa más frecuente de iatrogenia y también la que ocasiona los efectos más nocivos entre todos los provocados por vía psicológica.<sup>66</sup>

Las deficiencias en la información pueden consistir en:

- Información omitida o insuficiente: la prescripción puede ocurrir sin información alguna o estar simplemente precedida por frases como esta: "el estudio realizado arroja que usted tiene una pequeña úlcera en el duodeno"; hubiese sido muy oportuno agregar: "que con un tratamiento bien llevado curará en 4 ó 5 semanas". La información omitida o insuficiente expresa muchas veces el olvido por parte del médico de que uno de los objetivos del paciente es saber qué tiene y cuál es su pronóstico.

- Información excesiva: "su enfermedad, en la actualidad, y gracias a los adelantos de la ciencia, es muy benigna y las complicaciones que se describen son muy raras, si consideramos que solo aparecen en el 3 % de los casos". En realidad el paciente solo necesitaba la primera parte de la información, que hubiese sido terapéutica. Muchas veces la información excesiva es un recurso involuntario del médico para compensar su inseguridad, pues esta deficiencia es más frecuente en médicos recién graduados y estudiantes.<sup>27</sup>
- Información angustiante: "esos mareos son provocados por un principio de aterosclerosis. Le pondremos tratamiento para aliviarlo, pero no espere que se elimine totalmente". El médico que actúe así, con seguridad eliminará ese error si estuviera consciente de que está anteponiendo el cuidado de su prestigio a la curación de un enfermo.

"No me hago responsable de su vida si usted se levanta de la cama". Aquí el médico está manifestando, en forma verbal, su angustia ante el pronóstico desfavorable del enfermo y posiblemente utilice la expresión inadecuada como recriminación a una indisciplina que se debe al mismo sentimiento del paciente. Cuántos médicos no han estado tentados a pronunciar la frase: "puja, que se te ahoga tu hijo", ante una primeriza no cooperadora. Los que han usado este recurso deben saber que en este momento de

tensión dieron salida a su hostilidad hacia la par-  
turienta y que el único efecto conocido de esa  
frase es la inhibición por la angustia que provo-  
ca en quien la escucha. "Yo a los hombres les  
hablo claro, lo que usted tiene es un cáncer en  
el pulmón". Quien así se conduzca debe saber  
que, con muchas posibilidades, el sadismo es un  
componente importante de su personalidad.<sup>3</sup>

- Información a otro nivel: la utilización de térmi-  
nos muy técnicos cuando hablamos a un paciente  
puede crear notables angustias por una mala  
interpretación de ellos. Una adenitis banal pue-  
de, por ese mecanismo, convertirse en la más  
terrible de las enfermedades. El empleo de es-  
tos términos evidencia el olvido de que una co-  
municación solo cumple su objetivo cuando lle-  
ga al nivel del interlocutor.
- Utilización de términos con significados popula-  
res de mal pronóstico: las palabras trombosis,  
embolia, parálisis, infarto, artrosis y cardíaco, cuan-  
do son escuchadas o leídas en un documento mé-  
dico pueden ocasionar un notable efecto nocivo.  
El facultativo debe reconocer la importancia que  
tienen las apreciaciones pronósticas populares  
para los enfermos.<sup>1</sup>
- Informaciones contradictorias: los mensajes con-  
tradictorios son fuente importante de angustia  
cuando son transmitidos por el médico, pues con-  
ducen a la inseguridad, la desconfianza y el te-  
mor. El estudio crítico de algunas de nuestras  
comunicaciones a los pacientes descubriría am-

bigüedades como estas: "no se preocupe, no es nada importante...pero es necesario que venga usted a examinarse semanalmente para evitar complicaciones".

Sin duda alguna, son dos mensajes contrarios transmitidos por la misma vía verbal. Otras veces, el médico, luego de revisar una gráfica de ECG en presencia del paciente, y manifestar todas las señales extraverbales de preocupación y disgusto, se dirige al paciente con esta frase: "como le decía, su corazón está absolutamente sano". Así incurre, de forma involuntaria, en una contradicción extraverbal-verbal.

La contradicción hablada-escrita es también bastante frecuente, y se nos escapa en referidos y órdenes de complementarios.

Nuestra comunicación de que un dolor torácico carece de importancia, no debe ser seguida de una orden de ECG donde aparezca la palabra urgente.

Las comunicaciones contradictorias hacen evidente el deseo consciente de atenuar la angustia del paciente y la expresión involuntaria de la preocupación del médico. Quien comete este tipo de contradicción, ha dado ya un paso de avance en la lucha contra la iatrogenia y solo necesita controlar sus expresiones involuntarias para que el triunfo sea completo.

- Informaciones inconsistentes: el médico debe cuidar que sus orientaciones sigan siempre la misma dirección. Situaciones como las siguien-

tes, generan en la persona notable inseguridad y desconfianza en el facultativo: "doctor, en la consulta pasada usted me autorizó a beber con moderación y ahora me increpa por tomar una cerveza". Es muy posible que en la pasada consulta el médico tuviera un mejor estado de ánimo que ahora.

- Falta de discreción con la información: ejemplos clásicos son las palabras que se escapan en los pases de visitas, los diagnósticos que se nos van en los certificados, los referidos y las órdenes de complementarios, los elementos diagnósticos y pronósticos transmitidos por el personal paramédico, y los datos recogidos por el paciente de su propia historia clínica aprovechando un descuido. Queremos poner énfasis en la iatrogenia que ocurre en los salones de operaciones cuando el paciente no ha perdido aún la conciencia por el anestésico administrado. En ese momento se crean condiciones similares a las que tienen lugar durante un narcoanálisis (inyección de barbitúricos, con fines de aumentar la sugestibilidad del paciente). Por dicho mecanismo, quedan profundamente grabadas en la mente del enfermo las comunicaciones verbales que escucha.<sup>67</sup>
- Descuidos en la programación de informaciones masivas: el médico cada vez se proyecta más hacia su medio, y este condiciona la utilización de recursos masivos de comunicaciones;

la prensa escrita, la radio y la televisión son las vías más usadas para comunicar conocimientos a la población.

La característica notablemente heterogénea de la masa humana que entra en contacto con dicha información, hace que se modifiquen de forma extraordinaria las condiciones de comunicación a las que el médico está habituado en su trabajo diario, y preparan el terreno para hacer iatrogenia si no se valora con cuidado cada una de las ideas. Las siguientes líneas son tomadas de una revista popular: "¿es hereditaria la locura?, desde hace tiempo muchos psiquiatras lo sospechaban", "para hacer eficaz la tasa de litio en la sangre, este debe alcanzar al menos un nivel de 0,70 mEq por litro, pero a partir de 1 mEq por litro, es un veneno peligroso".

Tanto el que tenga un padre esquizofrénico, como el que esté tomando litio, al momento de leer estas líneas posiblemente será iatrogenizado.

## **Uso deficiente de las prescripciones**

El conocido chiste médico de las 203 aplicaciones de pinceladas, por la interpretación deformada de 2 ó 3 pinceladas, sirve como ejemplo de la potencialidad iatrogénica de nuestras prescripciones.

Los métodos transmitidos en forma verbal, los escritos con letras ilegibles y, en especial, aquellos donde se utilizan muchos fármacos, determi-

nan angustia en el paciente, y es, entre todos, la polifarmacia la que provoca iatrogenia en mayor grado, ya que el paciente considera que su afección debe ser grave pues necesita tantos medicamentos.

## **Violación de la ética**

Esta forma de iatrogenia, de mayor significación que la conferida por algunos médicos, puede ocurrir indistintamente si la transgresión ética ocurre con el paciente, con su familia o con otros miembros del equipo de salud, sobre todo con médicos.

La indiferencia de un equipo en lo relativo a respetar el pudor del paciente, la comunicación al esposo con trastornos sexuales de las confidencias recogidas en una entrevista con su cónyuge y las críticas destructivas sobre la conducta médica del compañero que remite un enfermo, serían ejemplos respectivos de las tres categorías de violaciones éticas enunciadas.<sup>7</sup>

Quien critica a un compañero en presencia del enfermo, seguramente ignora que la pérdida de la autoridad científica de dicho colega en la apreciación del paciente que nos escucha, determinará una gran inseguridad en ocasiones futuras, cuando necesite de nuevo su atención.

Este error médico, por desgracia nada excepcional, deviene una de las iatrogenias más significativas, sobre todo en medios donde la atención

en primera línea es desarrollada por el médico del sector.

## **Conclusiones**

Hacemos estas sugerencias al médico joven, ese diamante que solo la experiencia puede pulir y que sale de nuestras aulas con los mejores deseos de ser socialmente útil, con el fin de evitar iatrogenia:

- Piense siempre en no hacer daño.
- Mantenga una consistente actitud psicoterapéutica ante sus enfermos.
- Planifique cada una de sus acciones en la relación médico-paciente.
- Dé el valor que merece al establecimiento de una buena relación médico-paciente.
- Aprenda a situarse psicológicamente en el lugar del enfermo.
- Escrute las angustias del paciente más allá de las que comunica.
- Valore cuáles son sus objetivos al acudir a usted.
- Mida con cuidado sus informaciones, pero no deje de hacerlas.
- Nunca termine una entrevista sin contestarse la pregunta: ¿he dado a este paciente lo que esperaba de mí?
- Deje fuera de su centro de trabajo sus conflictos humanos, impida que se desplacen sobre quienes vienen a usted en busca de ayuda.

- Exprese su humanismo mediante el profundo respeto al paciente y la constante preocupación por su bienestar y desarrollo.
- Cumpla siempre los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, pero sobre todo compórtese ante los pacientes y familiares como quisiera ser tratado usted de estar en esa situación.
- Permita que la sensibilidad humana, la capacidad de compasión, la disposición de ayuda y la involucración en las situaciones de sus pacientes fluyan constantemente del inagotable manantial de su profunda vocación médica, y tenga por seguro que cada vez obtendrá usted más habilidades psicoterapéuticas y menos potencialidades iatrogénicas.

## **Resumen**

A punto de partida de la reflexión de que en la relación médico-paciente solo existen dos alternativas: hacer psicoterapia o hacer iatrogenia, se destaca la significación de la actitud psicoterapéutica y la consecuente planificación de las acciones del médico. Se plantea una definición simple de iatrogenia y se abordan los mecanismos de las más frecuentes iatrogenias cometidas al nivel mundial: aquellas por uso inadecuado de recursos que actúan por la vía psicológica. Finalmente se hacen recomendaciones para prevenir estas deficiencias médicas.

## **Gestiones promocionales sobre calidad y estilo de vida frente a su principal obstáculo: las drogas legales e ilegales**

### **Introducción**

La calidad o continuidad, como algunos autores proponen actualmente, y el estilo de vida, son conceptos de alta relevancia en la práctica integral del generalista, pues sin duda delimitan muchos de sus objetivos profesionales. Las siguientes reflexiones pretenden el abordaje sintético del significado de estos términos por su franca proyección clinicoepidemiologicosanitarista.

La extraordinaria cantidad de seres humanos con invalideces determinadas por las dos guerras mundiales dio lugar, en gran parte, a que surgiera el concepto de calidad de vida, alcanzada después de todas las medidas rehabilitatorias aportadas por la ciencia médica, y esta muy humana preocupación se hizo con posterioridad extensiva a todas las afecciones que impliquen limitaciones físicas o mentales.

## Apuntes históricos

El desarrollo mundial de la oncología reforzó, en forma notable, el significado de valorar la calidad de vida alcanzable en un paciente con cáncer, después de los relevantes esfuerzos personales, familiares, institucionales y sociales implícitos en su tratamiento, y de igual manera ocurre con los trasplantes de corazón, riñones, hígado, pulmones y otros órganos, así como en intervenciones cardiovasculares. El control de la calidad de vida se erigió como un trascendental indicador para perfeccionar las técnicas quirúrgicas hasta que se hizo totalmente evidente la justificación de las operaciones y cuidados integrales a partir del paradigma riesgo-beneficios, es decir, valorar si los resultados esperables ameritan los riesgos, pues debemos recordar que el verdadero objetivo no es solo dar más años a la vida, sino también dar más vida a los años.<sup>68</sup>

Por otra parte, la estrecha relación entre los conceptos estilo de vida y calidad de vida nos lleva a dedicar algunos párrafos a esta última.<sup>69</sup>

En España, autores de la calidad de J. Bobes, S. Cervera, M. Bousoño, D. Barcia, M.P. González y J. Pedregal han abordado esta temática en lo referente a su conceptualización,<sup>70,71</sup> características en los trastornos depresivos y en la esquizofrenia,<sup>72,73</sup> comparados con la calidad de la asistencia y salud en general.<sup>74,75</sup>

En estos trabajos se comenta el relevante papel histórico de los oncólogos y se destacan, entre ellos, a Karnofsky, quien en 1949 rompió esquemas tradicionales y creó su escala *Karnofsky performance status*, con la que estudió el funcionamiento de los pacientes que padecían de cáncer tratados con quimioterapia y demostró la total validez de dicho método.<sup>77</sup>

Otras especialidades pioneras en esta línea han sido: cirugía cardiovascular, nefrología, endocrinología y reumatología. En el campo de la psiquiatría, la preocupación por el tema surgió vinculada con la desmanicomialización y desinstitucionalización, con el propósito de reincorporar a la comunidad -siempre que fuera posible- a los pacientes con afecciones mentales de larga evolución.<sup>78</sup>

La definición de calidad de vida que adoptaremos es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaborada en 1949.

## **Definición de calidad de vida**

Es la percepción personal de un individuo sobre su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de los valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.<sup>79</sup> Como aclaró el comité de expertos que redactó dicha definición, la calidad de vida incluye: el estado de salud, el estilo de vida, la satisfacción con la vida, el estado mental y el bienestar.<sup>80</sup>

Finalmente, y mediante una magnífica síntesis, Lawton sentenció que era el conjunto de evaluaciones de un individuo sobre cada uno de los dominios más importantes de su vida actual, estado de salud -física y mental- estilo de vida y grado de satisfacción con la vida.<sup>70</sup>

**El estilo de vida.** Muchos son los beneficios derivados del desarrollo científicotécnico en el campo de la salud, y estos resultan sobre todo evidentes en países donde se prioriza la salud como derecho del pueblo y responsabilidad relevante del estado, cualquiera que sea su sistema socioeconómico.

La mortalidad infantil en menores de uno y cinco años, la mortalidad materna -asociada con complicaciones del embarazo, parto y puerperio- y la esperanza o expectativa de vida, que expresa los años que como promedio alcanza la población, constituyen los indicadores de mayor uso para conocer el nivel de salud alcanzado por la población.<sup>81</sup> Así, las cifras más bajas de mortalidad infantil en menores de un año ronda, en los países desarrollados, los 6 por 1 000 nacidos vivos, mientras que en los países del tercer mundo existen algunos con cifras de 200 por 1 000. En lo referente a mortalidad materna, las cifras son todavía más alarmantes, con algo más de 2 fallecimientos por 10 000 partos en algunos países del primer mundo y más de 200 en algunos del tercero. De igual manera, la esperanza de vida llega ya a los 80 años en países como Japón y Noruega,

mientras que en muchas regiones africanas está por debajo de 35 años.<sup>82,83</sup>

Afortunadamente, los indicadores cubanos constituyen un orgullo para el mundo subdesarrollado; sin embargo, es muy importante valorar a qué se debe que entre individuos del mismo sexo, nivel escolar, procedencia, estado civil, ideología, posición política, creencias religiosas o preferencia sexual, existan personas que vivan mucho más que otras, y también por qué dos hermanos gemelos, con igualdad de condiciones en los aspectos señalados, pueden presentar diferencias notables en la duración de sus vidas.

**El estilo de vida sano.** La respuesta es poco discutible: por las diferencias en los estilos de vida, es decir, la diferente forma de conducir su existencia; la manera de enfrentar los problemas; el manejo de las tensiones emocionales; la importancia conferida a la práctica de ejercicios y deportes; el cuidado de la dieta, la forma de utilizar el tiempo libre; el consumo o no de tabaco, alcohol y otras drogas; el sentido del humor y otros aspectos que quisiéramos expresar mediante unos versos de Gregorio Salas, escuchados a un profesor catalán:

Vida sana y ordenada  
no abusar de los remedios  
**buen humor** *entre los medios*  
*de no alterarse por nada.*

La comida, moderada  
*ejercicio y distracción*  
*no tener nunca aprehensión*  
**de hábitos tóxicos, nada.**  
Mucho trato, poco encierro  
**dignidad y compasión**  
constante la ocupación  
**tener conciencia de hierro**  
**y sexo con protección.**

Las negritas señalan algunas ideas incorporadas por nosotros con fines de actualización y las cursivas aspectos relacionados con el estrés.

Consideramos que esta es la forma más objetiva de describir un estilo de vida sano, y recordemos que estos versos fueron escritos un siglo atrás.

Existen también estilos de vida desordenados y totalmente opuestos a los que pretendemos desarrollar en nuestros usuarios, y que podemos ejemplificar con el parrandero, el glotón, el sedentario, el alcohólico, el adicto al tabaco o a sustancias ilegales, el adicto al juego de azar, el noctámbulo, el delincuente y el aventurero. Debe apreciarse la estrecha relación entre estos estilos de vida negativos y el estrés.

Los avances de las ciencias médicas han permitido erradicar prácticamente las enfermedades infecciosas y parasitarias que antes representaban graves problemas de salud; debido a ello las afecciones que ocupan en la actualidad el primer lugar -al menos en países desarrollados- son las

enfermedades crónicas no transmisibles que en su totalidad se vinculan mucho con el estrés y son, además, en alto grado prevenibles.

**Las drogas legales e ilegales como principal obstáculo en la promoción de estilos de vida sanos.** Comentaremos este aspecto del estilo de vida, en un país desarrollado de 285 millones de habitantes, con estadísticas médicas de alta seriedad científica, y cuya situación podría con facilidad generalizarse al resto de los países del primer mundo, por ser la problemática proporcionalmente similar.

Nos referimos a Estados Unidos de América, donde se consumen en un solo año 623 mil millones de cigarrillos, 200 mil millones de tazas de café, 50 mil millones de tabletas psicoactivas y 50 mil millones de tragos fuertes que solo representan el 40 % del alcohol consumido, pues el resto se ingiere como cerveza o vino.<sup>51,84</sup>

Existen en ese país 20 millones de alcohólicos y uno de cada 7 niños que nacen desarrollará dicha toxicomanía durante sus vidas. Hay 55 millones de personas adictas a la nicotina y 66 millones adictas a la cafeína (ingerida como café, té, refrescos de cola o chocolate); 67 millones de personas han probado alguna vez la marihuana; 27 millones han hecho lo mismo con la cocaína; 5 millones, con las anfetaminas de síntesis; y 2 millones, con la heroína.

Las cifras de consumidores habituales de marihuana supera los 15 millones, los de cocaína llegan a 5 millones y los de heroína a casi 1 millón.<sup>85,86</sup>

El 25,6 % de la población presentará, en algún momento de sus vidas, adicción a sustancias que afectan la conducta o abuso de ellas -excluyen el café y el tabaco, y se refieren al alcohol, drogas de prescripción médica y drogas ilegales- y la repercusión económica anual del consumo irresponsable de alcohol y otras sustancias tóxicas alcanza los 250 mil millones de dólares, cifra que representa aproximadamente la tercera parte de la deuda externa global actual de América Latina y que alcanzaría para resolver las necesidades de vivienda de todas sus villas miseria.<sup>87,88</sup>

Solo para reflexionar sobre el futuro del mundo si no se toman las medidas oportunas, señalemos que en dicho país, y repetimos que la proporción en otros países desarrollados es similar, nacen anualmente 350 mil niños bajo el efecto de drogas consumidas por sus madres durante el embarazo, de los cuales alrededor de la quinta parte presentará algún tipo de malformación corporal externa o interna, mientras que cerca de la mitad sufrirá la llamada teratogenia conductual, que en lugar de manifestarse por anomalías corporales lo hace mediante anomalías temperamentales, lo que da lugar a un tipo de sistema nervioso que propende a la impulsividad, agresividad, intolerancia a frustraciones, ansiedad e inconsistencia escolar y laboral.<sup>89</sup>

Como vemos, estas cifras, además de ser muy preocupantes, expresan que hay mucho por hacer en lo que respecta a modificar estilos de vida. Solamente en América Latina, con 545 millones de habitantes, se infiere -cálculo realizado por expertos de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS)- que en la actualidad existen 40 millones de alcohólicos, es decir, casi doble cantidad de habitantes que en Estados Unidos de América y doble cantidad de alcohólicos.<sup>90</sup>

**Los estilos de vidas insalubres.** Sin despreciar el significado de la proyección diagnosticocurativo y rehabilitatoria, se considera que las gestiones más relevantes de un miembro del equipo de salud, son aquellas que dan respuesta a la terrible realidad mundial de que la mayoría de las enfermedades que truncan la vida en etapas tempranas, o generan invalidez y sufrimientos perpetuos, son de carácter evitable, si se toman las medidas adecuadas. Entre ellas se cuentan aquellas orientadas a modificar estilos de vida insalubres que conducen al caos; veamos brevemente lo relativo al consumo de tabaco, que reduce en 15 años la expectativa de vida, de manera tal que dos cajetillas consumidas representan un día menos de existencia y a pesar de que:

- La actual mortalidad mundial por el tabaquismo alcanza a 5 millones de pobladores anualmente.<sup>86</sup>
- Al nivel mundial, fumar ocasiona más muertes que la suma de todos los fallecidos por alcohol,

por todas las demás drogas conocidas, por accidentes automotores, suicidios, homicidios e incendios, y por el SIDA.<sup>87</sup>

- El costo del tratamiento de las enfermedades provocadas por el tabaco representa, en Estados Unidos de América, 2,06 dólares por cada paquete de cigarrillos vendido.
- Existen tratamientos de alta efectividad para esta adicción.<sup>91</sup>

Investigaciones multicéntricas muy serias han demostrado que más del 80 % de quienes superan el hábito, lo logran mediante la supresión brusca del consumo, luego de una recomendación médica sencilla.<sup>92</sup>

Algo más para nuestros usuarios de salud que consideren pasado el tiempo para detener el consumo, por considerar los daños acumulados como irreversibles: en un artículo del *Cirujano general de Estados Unidos* se informa que el alto riesgo del infarto del miocardio en los fumadores de muchos años, disminuye a la mitad luego de un año sin fumar y desaparece totalmente luego de dos años de abstinencia, ¡interesante! ¿verdad?<sup>93</sup> Algo similar ocurre cuando se suspende el consumo del alcohol y otras drogas, y también cuando se cambia de un estilo de vida insalubre a otro saludable.

El médico integral debe ser ejemplo y propugnador consistente de estilos de vida alejados de

los tóxicos y no subvalorar sus extraordinarias potencialidades para modificar los patrones de consumo de sus usuarios.

## **Resumen**

Por su alta relevancia clinicoepidemiológica y sanitarista, se abordan, conceptualmente, los términos calidad o continuidad, y estilo de vida; se comentan con brevedad sus raíces históricas, las especialidades pioneras en su abordaje y los más frecuentes estilos de vida insalubres, con énfasis en aquellos vinculados con los hábitos tóxicos.

Se aportan datos epidemiológicos internacionales sobre el consumo de sustancias tóxicas legales e ilegales, y se destacan las notables potencialidades del generalista para modificar los patrones de consumo de sus usuarios.

# **Consideraciones introductorias a la relación médico-paciente- familia en el campo del alcoholismo y otras drogadicciones**

## **Introducción**

El reciente inicio, en nuestro medio, de un mercado incipiente de drogas ilegales, y la inmediata respuesta de nuestro Ministerio de Salud Pública con un Programa Nacional para la prevención del uso indebido de drogas y la atención a los adictos, es la principal motivación para transmitir a otros profesionales y técnicos de la salud los factores responsables de la evolución de mis apreciaciones y actitudes ante las drogas desde que fui designado Jefe del Servicio de Adicciones del Hospital Psiquiátrico de La Habana, cuando ya contaba con más de 12 años de experiencia profesional en otros campos.

Mi preocupación es que otros colegas puedan tener valoraciones similares a las que determina-

ron mi inicial indiferencia ante esta problemática y mis objetivos básicos son:

- Transmitirles las experiencias y conocimientos que transformaron dicha actitud en mi actual involucración en el enfrentamiento a estas afecciones.
- Aportar algunos criterios especializados que podrían ser útiles para sus importantes gestiones de educación para la salud.

Veamos qué eran para mi las drogas hace 30 años:

- Creía que el término drogas se refería solamente a las sustancias ilegales.
- Consideraba que su uso se limitaba a pequeños sectores de la población mundial.
- Pensaba que las drogas eran solamente consumidas por viciosos, delincuentes o, en el mejor de los casos, por débiles morales.
- Sus efectos dañinos se determinaban solo cuando alguien se convertía en adicto.
- Sus perjuicios más trascendentales eran la muerte o las enfermedades corporales.
- Los daños se generaban sobre quienes las consumían y no sobre otras personas.
- Se trataba de un problema de fácil solución que dependía solo de la decisión de la abstinencia por parte del adicto.
- La determinante fundamental de la drogadicción era la pretensión de evasión ante noxas macrosociales como la discriminación, el desempleo, la muerte de hijos por falta de atención

médica, las frustraciones vocacionales por limitado acceso a la educación y otras.

- Por ello las consideraba una problemática totalmente ajena a nuestro medio social.
- Finalmente, pensaba que mi intenso trabajo de cinco años como médico rural en una región que sufrió con severidad el abandono de la Salud Pública antes de la Revolución, me habían permitido conocer todas las tragedias existentes en el ámbito médico.

Estas apreciaciones sustentaban actitudes profesionales tan erróneas como:

- Si deciden hacerse daño, ¡allá ellos!
- Este problema carece de significación humana.
- Como conclusión general: "el problema de las drogas es totalmente ajeno a mis responsabilidades profesionales."

Pienso que similares concepciones pueden explicar algunos comentarios burlones hacia los terapeutas de adictos como: "esos no son enfermos, son unos descarados", "¿y tu dedicas el tiempo a eso?", "cuando cures el primero, me avisas", "¡estás arando en el mar!"

La táctica expositiva que propongo es argumentar -siguiendo igual orden- por qué se trataba de errores relevantes, y usaré para ello un lenguaje coloquial:

- Sobre el significado del término drogas: se refiere a un sistema de diferentes sustancias psicoactivas

legales -de prescripción médica- e ilegales, cuyo consumo aumenta significativamente el riesgo de utilizar otras, además de potenciar sus efectos farmacodinámicos y sumar sus consecuencias nocivas, por lo que ninguna de estas categorías de sustancias pueden ser subvaloradas en el enfrentamiento al llamado por convención mundial "flagelo social". Según estudios internacionales, el riesgo de fumar es dos y media veces mayor en quienes toman café y viceversa; el riesgo de consumir alcohol en forma irresponsable es dos veces mayor en quienes toman café y fuman, y viceversa. Se sabe también que el riesgo de experimentar con drogas ilegales es mayor en quienes consumen drogas legales, y de ahí su nombre de "portera",<sup>94</sup> término cuyo ejemplo clímax lo constituye el alcohol, que a diferencia del café y el tabaco sí modifica sustancialmente el comportamiento como hacen el resto de las drogas, incluidos algunos medicamentos.<sup>95</sup>

- El presunto uso de las drogas por limitados sectores de la población mundial: esta inicial subvaloración se refuta con los estimados mundiales actuales de que en la población mayor de 15 años existe el 80 % de consumidores de café y el 30 % de fumadores, drogas que pese a ser ajenas a la trágica repercusión interpersonal de las restantes, determinan -en el caso del café- serios trastornos digestivos y del ritmo cardíaco, así como predisposición a procesos cancerosos digestivos y urinarios. Es tam-

bién responsable del 20 % del consumo de hipnoticotránquilizantes a nivel mundial.<sup>96</sup>

En cuanto al tabaco, recordaremos su significación como determinante del mayor número de muertes por enfermedades prevenibles, que llegaron el pasado año a 4 millones novecientas mil muertes, cifra mayor que la determinada por la suma de las muertes vinculadas con las enfermedades provocadas por el uso de todas las demás drogas conocidas hasta hoy, más la suma de las muertes por accidentes de tránsito, las muertes por suicidio y las muertes por SIDA en todo el mundo.<sup>97</sup>

Si vamos a nuestra América Latina, el hábito de fumar determina el 14 % de las muertes, y el uso irresponsable de alcohol, el 15%.<sup>98</sup>

Todavía más impactante es que las expectativas mundiales de por vida en el presente milenio -de no modificarse las tendencias actuales- alcanzarán para las drogas que afectan la conducta -que excluyen el café y el tabaco- la espeluznante cifra de 10% de adictos, más 6% de tragedias provocadas por la influencia de drogas en sujetos no adictos -accidentes de tránsito y laborales, violaciones, violencia familiar y social- cifras que rondan globalmente los 1 000 millones de personas. Pero la tragedia es todavía mayor si calculamos, al menos, un familiar que en el rol de cónyuge, padres, hijos o hermanos sufre las consecuencias inherentes a la convivencia con estas personas.

Estimamos así que la tercera parte de la población mundial tendrá vivencias trágicas vinculadas con el uso, mal uso, abuso o adicción de drogas que afectan la conducta.<sup>99</sup>

- Solo se afectaban los viciosos, delincuentes o débiles morales: no habían transcurrido tres meses de mis nuevas responsabilidades asistenciales, cuando una vivencia personal echó por tierra esta hipótesis. Mientras esperaba ser atendido en una gasolinera, una persona con características de vagabundo me abordó con la frase: "Richard, tienes una peseta que te sobre"; la utilización del nombre que usaban mis compañeros de estudios, fue la única vía para reconocer que el alcohólico crónico que me saludaba era precisamente el joven que en el criterio de todo mis paraiguales del bachillerato considerábamos el de mejores condiciones integrales como ser humano.<sup>100</sup> Infinidad de experiencias posteriores ratificaron que esto no solo ocurre con los alcohólicos, pues durante el tratamiento de otros drogadictos, tanto extranjeros como cubanos, *pude diferenciar las conductas disociales inherentes a la adicción, de las verdaderas personalidades disociales*. Las primeras casi universales y las segundas excepcionales, al menos entre los drogadictos que buscan ayuda médica.<sup>101</sup>
- Sus efectos dañinos solo se manifestaban en los que se hacían adictos: este fue posiblemente el más significativo de los errores de apreciación

acerca del problema que nos ocupa, pues implicaba el desconocimiento total de lo que expertos internacionales designan con las siglas UDI (*Under Drug Influence*) y UEI (*Under Ethanol Influence*), que se refieren a los comportamientos reprobables de sujetos bajo la influencia de sustancias que afectan la conducta, sin tratarse aún de alcohólicos, ni adictos a otras drogas.

Existen serios estudios internacionales<sup>51,102</sup> y cubanos<sup>103</sup> demostrativos de que las tragedias vinculadas con los accidentes de tránsito, laborales y hogareños, así como la violencia física implícita en homicidios, violaciones, secuestros y robos, son mucho más frecuentes en sujetos bajo la influencia de drogas que en drogadictos. El desconocimiento de esta realidad mundial lleva de la mano, en muchos medios, a cierta permisividad ante la embriaguez alcohólica, sin reconocer que en los medios donde se manifiesta esta actitud comunitaria, los problemas relacionados con el alcohol y otras drogas alcanzan cifras estratosféricas.

Como contrapartida existen países como Israel, donde la población adulta, que consume alcohol en forma no excepcional, llega al 95 % y ostentan, sin embargo, los menores indicadores de problemas relacionados con dicho tóxico.<sup>104</sup> La explicación no es mágica, está en una actitud de absoluta responsabilidad ante el consumo de

una sustancia legal, que afecta el comportamiento cuando el consumo excede a un trago por hora. En dichos medios, la embriaguez es francamente rechazada,<sup>105</sup> pues siguen el modelo cultural alimentario.

- Los perjuicios más trascendentales eran la muerte o las enfermedades corporales: este criterio es hoy solamente sustentable en lo referente al café y al tabaco, por no afectar la conducta -en sus formas habituales de consumo- y determinar, en esencia, daños que se reflejan al nivel corporal, sin olvidar que la reducción de la expectativa de vida en el tabaco alcanza los 15 años, como promedio, y que la muerte precoz de un padre de familia implica una alta significación humana para él y sus seres queridos.<sup>106</sup> En cifras groseras, cada cajetilla de cigarrillos consumida implica un día de vida menos para el usuario y algunas horas para los convivientes.

Estas impactantes realidades palidecen, sin embargo, cuando se comparan con las grandes tragedias interpersonales determinadas por el uso irresponsable de sustancias que afectan la conciencia.<sup>107</sup>

No podemos olvidar que el hombre es una unidad integrada por niveles biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales, y que el orden expuesto expresa la jerarquía relativa de dichos estratos. Cuando una noxa como las dro-

gas, que afectan la conducta, actúa, lo hace en sentido contrario al expuesto. Por ello, lo primero que se afecta son los más altos valores eticodeontológicos del sujeto incluidos en el concepto de espiritualidad. Por esa vía se degradan la responsabilidad, la sensibilidad humana, el altruismo, la compasión, la solidaridad, el honor, la honestidad, la bondad y otras virtudes, y comienza la transformación deteriorante de la personalidad; después se afectan los intereses y motivaciones estéticas, educacionales, recreativas y científicas incluidas en el concepto de lo específicamente cultural; casi de inmediato sucumbe la imagen social por la vía de la afectación del *status* comunitario, laboral y familiar. Se inicia así la progresiva marginación y la subsiguiente afección psicológica, que se explica por sentimientos de culpa, inferioridad, inseguridad, deterioro cognitivo y, con gran frecuencia, se facilitará la eclosión de serias afecciones psiquiátricas de peor pronóstico que las que aparecen sin la droga como desencadenante.<sup>108</sup>

El progreso de la nefasta repercusión se expresa, al final, por la afección biológica de diferentes órganos, aparatos y sistemas, que ocasionan la muerte o invalidez permanente.

En nuestra práctica asistencial hemos visto que mucho antes de que sobrevenga la muerte física ha ocurrido ya la muerte psicosocial, con la diferencia de que la primera sucede solo una

vez, mientras que la segunda se reitera ante los ojos de los familiares en cada episodio de consumo.

- Los daños incidían solamente sobre quienes las consumían: en nuestra experiencia, la casi inmediata refutación de este criterio se produjo mucho antes de saber que cerca de 1 000 millones de personas ajenas al mal uso, abuso o adicción de sustancias que afectan la conducta sufrirán, en el transcurso de sus vidas, graves consecuencias por el consumo irresponsable de otros.

En mis primeras lecturas sobre la temática de las drogas quedé profundamente impresionado por la imagen, expuesta en un libro clásico, de un niño recién nacido que sufría las consecuencias de un gravísimo glaucoma congénito que, además de dejarlo ciego de por vida, había protuido sus ojitos fuera de las órbitas. La causa fue el consumo de cocaína por parte de la madre durante su embarazo, y la tragedia sería, además de permanente, doble, pues afectaría también de por vida a la infortunada madre.

En los últimos años ha surgido nuevamente la hipótesis de la blastoforia como mecanismo que, mediante la impregnación por la droga del espermatozoide, posibilita la inducción de efectos teratogénitos corporales y conductuales, aun en los casos de que sea solo el padre quien consume, efecto que ocurre, sobre todo, con el alcohol y la marihuana, lo cual con seguridad sorprenderá a quienes consideran estas sustancias como drogas inocuas.<sup>87</sup>

Desde luego que el daño sobre otras personas no se limita a la vía transplacentaria o a la impregnación de las células germinales, sino a situaciones mucho más frecuentes e igualmente trágicas como la violencia hogareña, la frustración y hostilidad de familiares convivientes, las noches de insomnio de los padres y cónyuges esperando en la angustiosa actitud descrita brillantemente por Roland Romain, en la madre de su Juan Cristóbal, que aguardaba en vigilia noche tras noche a su esposo con la hoy universal incertidumbre de los convivientes de un adicto: ¿cómo vendrá?

Se refiere también al peatón o conductor de otro vehículo que resulta víctima de un chofer "bajo la influencia", que no requiere ni con mucho llegar a la franca embriaguez para sus catastróficos efectos como conductor, pues esta muchas veces se expresa más dramáticamente durante la fase de desinhibición, cuando el chofer se considera el mejor conductor del mundo.<sup>109</sup> Tampoco puede olvidarse que en algunos países como España, la marihuana comienza a desplazar al alcohol como primera causa de accidentes de tránsito<sup>110</sup> y en otros, el éxtasis es actualmente el determinante del mayor número de accidentes de este tipo en horas de la noche, por sus efectos perturbadores sobre la apreciación de las luces y el espacio.<sup>111</sup> Por otra parte, las características atípicas de estas afecciones, en las que en diferentes etapas puede jugar un

papel la decisión del sujeto, determina un trágico conflicto familiar derivado de la ambivalencia implícita en la relación con alguien a quien habitualmente se ha querido tanto (por sus frecuentes virtudes originales) y la gran hostilidad derivada de su nuevo comportamiento de franco matiz disocial. Sugiero para los no especializados en la temática realizar ahora un ejercicio de reflexión.

Ubíquese en la situación humana de la esposa de alguien progresivamente esclavizado con el alcohol u otra droga, y trate de experimentar los sentimientos generados cuando se percata de que la sustancia adictiva va haciendo olvidar aspectos tan importantes como el mantenimiento de su trabajo, sus responsabilidades económicas ante la alimentación y el vestuario de sus hijos, la atención de su familia, o la armonía y tranquilidad hogareña. Piense también qué pueden sentir hacia su hijo los padres ancianos que al regresar al hogar luego de un mes de ausencia se percatan de que su descendiente vació totalmente la casa en solo 15 días para sufragar su consumo de *crack*. ¡Doloroso! ¿verdad?

- Se trataba de un problema de fácil solución, básicamente dependiente de la decisión de abstinencia: esta es la más frecuente apreciación familiar -y a veces profesional en quienes no se especializan en esta materia- y determina extraordinarios conflictos, tanto en el contexto hogareño, como en el de la asistencia por el equipo de salud.

Si comparamos el alcoholismo y otras drogadicciones con algunas afecciones como la diabetes, la neumonía, la hipertensión o el cáncer, salta a la vista que la responsabilidad personal en su instalación no puede negarse en las primeras y está ausente en las segundas. Pueden valorarse las muchas veces que los consumidores fueron aconsejados y advertidos del peligro del uso irresponsable de los tóxicos y también de los riesgos del nuevo consumo luego de un tratamiento específico. Pero es indiscutible que, fuera de esas etapas, resolver una adicción mediante decisión espontánea sin ayuda profesional resulta sumamente difícil, aunque no totalmente imposible.

La situación se ha explicado así desde el punto de vista del aprendizaje condicionado e instrumental: "si desde las primeras experiencias con las drogas se manifestaran las catastróficas consecuencias que llegan al cabo del tiempo, no habría reforzador alguno de la conducta de consumo y, por lo tanto, esta se haría infrecuente y finalmente ausente.

La desgracia está en el reforzamiento implícito en las primeras etapas de contacto con los tóxicos, cuando se determinan los efectos gratificantes reforzadores de un comportamiento al que se suman después -aunque solo cuando se trata de drogas como el tabaco, el alcohol, algunos medicamentos y los opiáceos -componentes biológicos que explican que el adicto consuma al

principio en busca de placer y después lo haga para evitar el sufrimiento de la abstinencia.

No ocurre así en los adictos a la marihuana y la cocaína, sustancias que por fortuna ni son "reclamadas por el organismo", ni determinan los clásicos síndromes de abstinencia por sustentarse su búsqueda (*craving*) en mecanismos básicamente psicosocioculturales.

La más contundente evidencia de la falsedad de mi ingenua apreciación inicial de que el problema se resolvía con la simple decisión de abstinencia por parte del adicto, es el indiscutible mal pronóstico de estas afecciones y los esfuerzos colectivos necesarios para la rehabilitación de estos enfermos, así como la aceptación universal de que la más trascendental gestión en el enfrentamiento a las drogas es la promoción de estilos de vida cada vez más sanos y los esfuerzos educativos, protectores en grupos de riesgo, así como las medidas multisectoriales orientadas a la prevención del consumo irresponsable de las sustancias legales y del primer consumo en las de carácter ilegal, cuya categoría antijurídica se deriva de su mucho más alto poder adictógeno (en frecuencia e intensidad) y de su notable potencialidad para la determinación de tolerancia, con la implícita necesidad de dosis cada vez mayores cuyo alto costo conduce inevitablemente a comportamientos delictivos.

- El mecanismo fundamental del consumo es el deseo de evadir conflictos macrosociales, como

los derivados del desempleo, la discriminación, el no acceso a la educación o la salud y similares: aunque en los medios donde estos factores de riesgo están presentes indiscutiblemente desempeñan un papel no despreciable, en nuestra experiencia con pacientes extranjeros y cubanos no es la evasión a causas macrosociales ni microsociales el mecanismo patogénico más frecuente, pues si bien los factores microsociales (como los consecuentes a hogares fragmentados por divorcio o muerte de progenitores, abandono por parte de los padres, violencia, padres con alcoholismo y otras adicciones) están presentes en alta proporción, muchas veces no actúan por mecanismos típicamente evasivos (pretender olvidar o escapar), sino por la repercusión negativa sobre la personalidad del actual consumidor, y actúan sobre todo por la vía asertiva (pretender aumentar la seguridad personal) y sintomática (pretender disminuir síntomas depresivos o ansiosos).

Consideramos que la patogenia más frecuente en nuestro medio es la sociocultural relacionada con tradiciones, costumbres, influencia de paraiguales y patrones de consumo reforzados por el contexto caribeño en lo referente a la ingestión de alcohol; en tanto que la experimentación, la manipulación de más dinero que el recomendable y las actividades vinculadas con el sector turístico -en esencia las de carácter no legal- representan junto a ciertas tendencias hedónicas, los mecanismos más relevantes.

- Considerábamos las drogas, por tanto, una problemática ajena a nuestro medio socioeconómico: tan pronto se comienza el estudio de la patogenia de las adicciones a sustancias legales, de prescripción e ilegales, se hace evidente la alta ingenuidad de esta concepción, y aun cuando las ilegales estuvieron prácticamente ausentes en nuestro medio por más de tres décadas luego del triunfo revolucionario, no cabe duda acerca de que algunas medidas económicas, de inevitable aplicación para salvar los logros de nuestro proceso social como la legalización de la circulación del dólar y el incremento del turismo, aumentaron en algún grado -como fue previsto- el riesgo de algunos males sociales, entre los que se contaba el interés del narcotráfico internacional por Cuba como plaza de cierta atracción económica.

Por otra parte, un factor de alta significación en este aspecto es que solamente la isla grande de nuestro archipiélago cuenta con 3 700 km de costas y si se toman en cuenta los cayos e islotes, la cifra llega a 4 100 km. Este hecho, unido a la ubicación de nuestro país en el centro de corredores aéreos y marítimos por donde circula el 65 % de las drogas dirigidas a Europa y el 45 % de las que tienen a Estados Unidos como destino final, permiten inferir que muchas pacas de drogas lanzadas por las avionetas y no recogidas por las lanchas rápidas de los narcotra-

ficantes, recalcan en nuestras costas, lo que determina que el porcentaje de dichos recalos que no sigue los conductos legales establecidos para su incineración, al entrar en el incipiente mercado negro de estos productos, tenga un precio más bajo, con el consecuente mayor acceso para los consumidores.

Aunque estos factores negativos, determinantes del fenómeno incipiente de las drogas ilegales, representan un factor adverso, es indiscutible que contamos con un Sistema de Salud y una estructura social que posibilita el enfrentamiento decidido y exitoso que hemos consolidado con el Programa Nacional de Enfrentamiento al Mal Uso, Abuso y Dependencia de Sustancias Psicoactivas.

- Creía que ya había conocido todas las desgracias posibles en la práctica médica: considero que mi total rechazo actual a este criterio puede utilizarse como la más importante conclusión de los argumentos antes expuestos, que determinaron mi radical transformación actitudinal *desde una ingenua indiferencia, hasta la más reflexiva involucración en el enfrentamiento al alcoholismo y otras drogadicciones*, por ser las más grandes tragedias que he conocido como profesional y como persona, quizás solamente comparables, en significado humano, con las guerras, las hambrunas y la miseria extrema.

## Resumen

Con el propósito de argumentar su total rechazo actual a las ingenuas concepciones sobre las drogas, que explicaron su inicial subvaloración e indiferencia profesional ante el alcoholismo y otras adicciones durante sus doce primeros años de ejercicio, el autor reflexiona acerca de algunas vivencias y conocimientos adquiridos en sus últimos 30 años como jefe de un servicio docente especializado en adicciones.

Además, parte de la inferencia de que tal vez otros facultativos y técnicos del equipo de salud pudieran tener concepciones similares, que podrían -en algún grado- contribuir a modificar con sus experiencias, y pretende también, mediante el uso de un lenguaje asequible y muchas veces coloquial, transmitir al médico de familia informaciones (y alguna bibliografía básica) que pudieran ser de algún valor para sus trascendentes gestiones comunitarias de educación para la salud, orientadas a la promoción de estilos de vida saludables y a la prevención del alcoholismo y otras drogadicciones, afecciones cuya significación humana considera solamente comparables con las guerras, las hambrunas y la miseria extrema.

# **Humanismo, ética y espiritualidad: exigencias de la relación médico-paciente-familia en el campo del alcoholismo y otras drogadicciones**

## **Introducción**

Aun si excluimos al tabaco -cuya nefasta repercusión somática determina el mayor número de muertes prevenibles en el ámbito médico- el uso irresponsable de sustancias de carácter legal, de prescripción médica e ilegal capaces de modificar el comportamiento, se erige hoy al nivel mundial como una de las grandes tragedias de la humanidad.<sup>95, 110</sup>

Estimados conservadores plantean que la expectativa de manifestar un abuso o dependencia de estas sustancias durante la vida puede afectar el 15 % de la actual población del mundo<sup>51</sup> y a esta cifra deben agregarse las desgracias que en forma de accidentes, violencia y otras secuelas de comportamientos reprobables se vinculan con el consumo irresponsable de dichos tóxicos en sujetos supuestamente sanos.<sup>94</sup> Esto nos permite

destacar que más de la sexta parte de la población mundial será directamente afectada en el transcurso de sus vidas por el consumo de dichas sustancias y si valoramos las personas que en los papeles de cónyuges, hijos, padres, hermanos, convivientes, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y hasta desconocidos sufrirán sus consecuencias en forma indirecta reproduciendo con otras drogas el paradigma del "fumador pasivo", la magnitud del problema se hace catastrófica.<sup>4</sup>

Las cifras reportadas en Estados Unidos de América, país que podemos considerar como prototipo del mundo desarrollado, vinculan anualmente a las drogas con más de la mitad de los arrestos policiales, de las muertes por accidentes de tránsito, de los homicidios, la sumersión y los incendios; con similares porcentajes de violaciones, secuestros y otros casos de violencia hogareña y social; así como con la tercera parte de los suicidios consumados. El 15 % del presupuesto de salud y la mitad de las camas hospitalarias estatales se utilizan en el tratamiento de afecciones relacionadas con dichos tóxicos, y todos los años nacen 350 mil niños bajo el efecto de drogas consumidas por sus madres, de los que la mitad aproximadamente presentará un espectro de problemas que van desde las malformaciones físicas congénitas hasta el retraso mental y las llamadas teratogenias conductuales, responsables de temperamentos que propician los comportamientos

disociales y las adicciones.<sup>85,102</sup> Por último, la repercusión económica anual alcanza los 250 mil millones de dólares, cifra cinco veces mayor que la determinada por la esquizofrenia y equivalente a la tercera parte de la deuda externa global de América Latina.<sup>104,112</sup>

Si nos focalizamos en el alcohol, la más subvalorada de las drogas al nivel internacional, en dicho país, de 285 millones de habitantes, existen en la actualidad alrededor de 20 millones de alcohólicos, y este tóxico determina -cada año- 200 mil muertes, de las que 25 mil se relacionan con accidentes de tránsito que ocasionan, además, 150 mil casos de invalideces físicas o mentales.<sup>113</sup> El alcohol es también responsable del 25 % de los 4 mil trasplantes hepáticos anuales, y su repercusión económica representa algo más de la mitad de la cifra determinada por todas las drogas, es decir, supera los 100 mil millones de dólares.

América Latina -con unos 540 millones de habitantes- cuenta con un estimado de 40 millones de alcohólicos, y aunque el consumo de otras sustancias es algo menor, sus consecuencias sociales resultan de similar envergadura por la frecuente manifestación del síndrome doctor Jekyll-Mr. Hyde, presente en consumidores con encéfalos meyo-prágicos como secuela del subdesarrollo.<sup>88</sup>

En Cuba, aproximadamente el 4 % de la población mayor de 15 años alcanza la categoría epidemiológica de alcohólico, que incluye el abuso y la

dependencia alcohólica, mientras que los patrones de consumo étílico se alejan con mucho de los recomendables en el 10 % de dicho grupo etéreo. Aunque el fenómeno de las adicciones a sustancias ilegales sólo comienza a manifestarse, las habituales proyecciones preventivas de nuestro Sistema Único de Salud han determinado la estructuración de un programa de atención integral al alcoholismo y otras adicciones, programas de orientaciones integrales, sistémicas, transectoriales, preventivopromocionales y con participación activa de todos los factores sociales.<sup>114</sup>

Estas proyecciones permiten la importante valoración del problema de las drogas como un sistema, cuyos componentes se inducen y potencian en forma cruzada, en el que las drogas legales -café, pero sobre todo tabaco y alcohol- sirven de "porteras" a otras sustancias en una pendiente resbaladiza de fatales consecuencias. Permiten también el enfoque multifactorial y la valoración crítica de la tendencia mundial al desarrollo de la sociedad posmoderna, en la cual el hedonismo y el pasotismo, junto con las corrientes neoliberales, que exoneran a los estados de su responsabilidad con la salud de los pueblos y hacen regir las crudas leyes de la oferta y demanda, amenazan con ser irreversibles.

Asimismo, parecen modelarse contextos interpersonales bien alejados de las tradicionales proyecciones humanísticas, y ahora basados en la ganancia y el egoísmo, en los que en forma más o menos explícita las grandes mayo-

rías de no favorecidos reciben el mensaje cotidiano de ¡sálvese quien pueda!<sup>114</sup>

Marchamos peligrosamente hacia una sociedad en la cual los valores morales más elevados, integrantes de la espiritualidad y expresados en comportamientos guiados por el humanismo, la ética y la deontología, enfrentarán una crisis generalizada que por desgracia afectará también a la profesión médica, cuyos riesgos de deshumanización quisiéramos comentar mediante una breve incursión reflexiva a la prehistoria y evolución de su ejercicio.

## **Pasado y futuro de la praxis médica**

Es posible que un millón de años atrás, algún australopiteco muy avanzado hubiese sido capaz de sentir compasión ante el sufrimiento de un congénere herido o enfermo, de involucrarse en su situación, de disponerse a ofrecerle la ayuda a su alcance, y de sentarse junto a él para cuidarlo y esperar su recuperación o su muerte.

Lo que resulta muy improbable es que al hacerlo, este prehomínido estuviese consciente de que su comportamiento se inscribiría en la prehistoria de la humanidad como el esbozo de lo que hoy llamamos relación médico-paciente. Tampoco es esperable que se percatara de cuánto había de humanismo, espiritualidad y ética en su gesto solidario, y seguramente le hubiese resultado imposible imaginar que un millón de años después,

los formadores médicos en diversas latitudes se afanaran por evitar a toda costa la peligrosa subvaloración de esas actitudes y conductas durante la interacción de los profesionales de la salud con pacientes, familiares y usuarios sanos.<sup>1,17</sup>

Por fortuna, el desarrollo dialéctico permitió que, por último, se llegara a la valoración del hombre a la luz de la ecología de la salud y como ente biopsicosocial y espiritual, consecuencia de la interacción dialéctica sujeto-medio. Los objetivos médicos se expanden en la actualidad a su atención tanto en estado de salud como de enfermedad, y se incorporan, con matices salubristas, gestiones de promoción y protección específica de la salud, atención a grupos de alto riesgo y atención clinicoepidemiológica junto a la docencia y administración de salud.<sup>5</sup>

En coincidencia con este desarrollo de la profesión, las drogadicciones se erigen como relevante problema de salud mundial.

La apreciación fundamental que motiva el presente trabajo es que las gestiones integrales, indispensables para el enfrentamiento exitoso al fenómeno de las adicciones -y sobre todo a la rehabilitación de los drogadictos- exigen un elevado nivel de humanismo, ética y espiritualidad en todos los participantes en esta trascendental tarea.

## **Humanismo, ética y espiritualidad en la relación de ayuda en materia de salud**

Reiteramos con objetivos reforzadores, que nuestra relación profesional se basa inevitablemente en las potencialidades del facultativo para sentir como suyas las necesidades del paciente, expresar respeto absoluto por el hombre y constante preocupación por su desarrollo y bienestar -esto es humanismo- así como para garantizar que su conducta sea siempre regida por los principios de beneficencia, no maleficencia y justicia. Además, debe basarse en "la regla de oro" de tratar a los demás como quisiéramos ser tratados de estar en su situación -esto es ética- y sobre todas las exigencias, *debe estar dotado de una profunda vocación médica que le permita compadecerse del sufrimiento ajeno, mantener en forma incondicional su constante disponibilidad afectiva para la relación de ayuda e involucrarse solidariamente en alianzas terapéuticas curadoras y sanadoras, cuya gratificación fundamental será la satisfacción del deber cumplido -esto último es deontología y esto es espiritualidad.*<sup>16,18,49,67</sup>

Como podemos apreciar, tanto el humanismo como el ejercicio ético, el cumplimiento deontológico y la profunda vocación médica son, además de categorías íntimamente relacionadas, expresiones muy nítidas de la espiritualidad del profesional hasta el punto de que sin un desarrollo adecuado de esta, sería utópico aspirar a una praxis regida por principios éticos deontológicos y humanísticos.

## Ejercicio médico en nuestros días

Los cambios macrosociales acusados en las dos últimas centurias diferencian, de manera sustancial, las condiciones de trabajo del tradicional médico de familia y del facultativo contemporáneo a nivel mundial.

Hace 200 años, el profesional de la medicina era implícitamente incluido junto al alcalde, el juez, el sacerdote y el maestro entre los líderes de la comunidad; el ejercicio de su profesión se apartaba en forma significativa del que acontece en nuestros días, pues su interacción con pacientes, familiares y usuarios sanos era espontánea, directa, fluida, secreta, integral -mucho antes de que esta última característica se erigiera como pivote fundamental de la gestión médica- y profundamente respetada. Se garantizaba así una praxis facilitadora de la compasión, la involucración y la disponibilidad de ayuda, así como una continua gratificación moral de la vocación médica. Su *status* social era, además, el concordante con su importante misión social.

Después, con la industrialización acelerada, la migración hacia los grandes núcleos urbanos, la centralización del trabajo médico, la especialización y la imprescindible proyección al trabajo en equipo, comenzó un insidioso distanciamiento entre el médico y sus usuarios.<sup>3</sup>

Superada la etapa tecnicista, que coincide con la primera gran crisis de humanismo en el ámbito

médico, en la cual los determinantes fundamentales fueron las distorsiones estratégicas, actualmente se establece y progresa -esta vez por razones sociohistóricas y macroeconómicas- la segunda gran crisis, generada por un cambio sustancial de las condiciones del ejercicio médico como resultado de la intromisión en el ámbito asistencial de factores totalmente ajenos a los objetivos profesionales y a los lazos afectivos responsables de la tradicional cohesión médico-paciente-familia.

Como ya hemos mencionado, aparecen las empresas privatizadoras del tipo *Manage Care* y *Health Maintenance Organizations*, que disminuyen de forma gradual, junto al *status* económico y social, las potencialidades del facultativo para elegir y utilizar los recursos diagnósticos, terapéuticos y rehabilitatorios que dicten su conciencia profesional y su capacidad compasiva;<sup>33</sup> proliferan las reclamaciones por mala práctica y surgen los abogados especializados en "cacería" de demandas; la praxis médica comienza a ser expuesta a la opinión pública luego de la irrupción de la prensa sensacionalista, y los pacientes -en forma totalmente errada- responsabilizan al médico con la involución cuantitativa de los servicios recibidos.

El resultado final es una relación profesional entre facultativos frustrados y estresados y pacientes cuyo antiguo rol de "ser sufriente" comienza a sustituirse por el de "demandante potencial",

y donde su otrora clásica actitud escudriñadora sobre el comportamiento del facultativo deja de ser motivada por lógicas preocupaciones pronósticas y se orienta a propósitos menos generadores de compasión, como la detección de errores médicos, actitud ajena a las esperadas gratificaciones vocacionales, de muy alto significado para quienes, con independencia de su nacionalidad, sexo, procedencia, nivel económico, ideología, posición filosófica, afiliación política, creencias o sistema de producción social en que se formen y ejerzan, eligieron su profesión movidos, en esencia, por su humanismo y espiritualidad, factores vocacionales que indiscutiblemente trascienden las especificidades antes señaladas y que han dado sustento interpersonal a los éxitos médicos durante la historia de la humanidad.<sup>8</sup>

## **Integralidad en la praxis actual**

La concepción actual del término es de carácter multiaxial y no solo se refiere a considerar al hombre como integrante de, e integrado por, diferentes sistemas, sino también a la valoración del grado de satisfacción de sus necesidades biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales, así como a las potencialidades existentes en el entorno para su satisfacción.

Se refiere también a las diferentes categorías de recursos que se deben valorar, planificar y utilizar durante la relación de ayuda y a considerar el amplio espectro de gestiones promocionales, protec-

toras, preventivas, diagnósticas, terapéuticas, rehabilitatorias, periciales, docentes, investigativas, administrativas y editoriales.

Es también integralidad la visión del sistema de salud en sus niveles de atención primaria, secundaria y terciaria, así como la utilización con proyección intersectorial de los recursos comunitarios para apoyar las acciones médicas.

## **Especificidades de la atención integral a las drogadicciones**

A manera de síntesis señalaremos que en las proyecciones preventivas y promocionales se valorará que el abordaje integral de las adicciones:

- Exige la consideración de los diferentes tipos de tóxicos en sus categorías legales, de prescripción médica e ilegales como sistema en interacción constante con potencialidades inductoras y reforzadoras.
- Implica la atención simultánea a todas las sustancias con la premisa de que la prevención de las adicciones ilegales debe comenzar con la prevención del consumo de las sustancias legales.
- Tendrá siempre presente la alta significación social de los tóxicos que afectan la conciencia no solo como determinantes de adicciones, sino como facilitadores de conductas impropias, aun en sujetos no adictos.
- Tomará en cuenta el paradigma del drogadicto pasivo, presente en el entorno familiar, laboral y social del consumidor irresponsable.

- Debe promover actitudes comunitarias de rechazo a la embriaguez.
- Requiere la participación intra y transectorial como factor de primer orden.
- Exige tanto información como formación, y las gestiones se iniciarán con las técnicas adecuadas desde etapas tempranas de la vida.
- Identificará, mediante estudios comunitarios, los mitos sobre las drogas y los rectificará adecuadamente.
- Debe desarrollar la conciencia comunitaria de que el riesgo de las adicciones existe para todos y no solo para los débiles morales como antes se planteaba.
- Implica enfatizar la significación de la armonía y estabilidad familiar como factor protector de primer rango.

El cumplimiento de estos y otros muchos principios de proyección promocional preventivosanitarista no se aparta, en lo referente a exigencias, de las requeridas para el desarrollo exitoso de cualquier programa de salud de enfermedades crónicas no transmisibles, pero la atención asistencial al drogadicto constituye, en nuestro criterio, un verdadero reto para garantizar la imprescindible disposición permanente de ayuda, actitud sin la cual resultaría muy improbable el logro de los objetivos rehabilitatorios, ya que estos enfermos ponen a prueba, en grado superlativo, las potencialida-

des humanísticas, éticas y espirituales de quienes desempeñen el papel de "prestadores de ayuda" como miembros del equipo de salud, familiares, grupos de ayuda mutua, amigos, compañeros de trabajo, y líderes comunitarios formales y no formales, que durante la "alianza terapéutica" con grados diferentes de potencialidades acompañarán al paciente durante las etapas precontemplativa, contemplativa, preparatoria, de acción o cambio, y de prevención de recaídas, descritas con acierto por Prochaska, Di Clemente y Norcross.<sup>115</sup>

### **¿Cuáles son las exigencias suplementarias de humanismo, ética y espiritualidad para la relación de ayuda profesional con estos pacientes?**

En nuestra experiencia, los obstáculos más relevantes han sido lograr que el terapeuta:

- Desarrolle una actitud de aceptación incondicional y mantenida ante personas cuyo comportamiento -en la etapa de consumo- es inevitablemente disocial, con independencia de los valores morales existentes antes en ellos.
- Llegue a considerarlos como enfermos, a pesar de reconocer el significado de sus decisiones erróneas al desoír consejos antes de ser adictos y de reiterar el consumo ante factores de riesgo ("disparadores") que debieron ser evitados.

- Sienta compasión frente a alguien que en la etapa precontemplativa pareció ser incapaz de sentir-la por sus seres queridos.
- Supere las dificultades para poder ubicarse en la situación del drogadicto, sentir como él y establecer la imprescindible alianza terapéutica.
- Desarrolle la capacidad de involucrarse en la situación del paciente, a pesar del crudo egocentrismo que caracteriza su etapa de consumo.
- Evite a toda costa las actitudes de enjuiciamiento.
- Mantenga la disponibilidad afectiva, consistencia, congruencia y actitud de apoyo incondicional ante el enfermo a pesar de las notables tendencias manipulativas y frecuentes recaídas que lo caracterizan.
- Desarrolle la imprescindible tolerancia ante las frustraciones implícitas en las recaídas y mantenga siempre consciente la hostilidad generada por estas para evitar sus nefastos efectos sobre la relación.
- Acepte que otras personas -profanos incluidos- podrán muchas veces lograr resultados más importantes que los derivados de su esfuerzo.

Por último, consideramos que la atención de estos pacientes representa el mayor reto a la norma ética de hacer bien sin mirar a quien, ya que durante su larga evolución de consumo requieren notables esfuerzos cognitivos, afectivos y volitivos por parte del equipo asistencial.

## **Resumen**

Luego de una rápida valoración de la significación mundial del uso, mal uso y abuso de las drogas en sus categorías legales, de prescripción e ilegales, y de considerar su utilización irresponsable como una de las grandes tragedias actuales de la humanidad, se invita a la reflexión sobre la alta exigencia de humanismo, ética y espiritualidad implícita en su atención integral por parte de las personas que desde diferentes perfiles en la relación de ayuda se involucren en esta trascendental tarea.

La guía reflexiva es el pasado, presente y futuro de la relación médico-paciente y las situaciones macrosociales que conspiran contra las potencialidades compasivas de los profesionales actuales, cuya praxis se desarrolla en un contexto sociohistoricoeconómico bien alejado del que sirvió de marco al médico de familia del pasado siglo, paradigma de humanismo y espiritualidad.

Por último, se comentan las premisas y exigencias específicas que se deben tomar en cuenta durante las gestiones preventivopromocionales y asistenciales en los programas antidrogas.

## **Relación médico-paciente-familia con el drogadicto esquizofrénico**

### **Introducción**

En una ocasión recibí una carta de un joven paciente sudamericano en la que encomiaba mi elevado nivel científico e infinita bondad, entre otros muchos mensajes orientados a expresar su profundo respeto, afecto y gratitud por las atenciones recibidas durante su ingreso. Esta misiva, que considero muy sincera, iba acompañada -en igual sobre- por una nota en la que dirigía una apasionada y cruda declaración carnal de amor a una mujer mayor y también psiquiatra, que además de poder ser su abuela, es mi esposa.

Con este paradigma clínico me propongo compartir con ustedes algunas reflexiones acerca de las características de la relación profesional con los drogadictos, también afectados por la esquizofrenia, ya sea precedente y relevante en la patogenia de su farmacodependencia; de aparición posterior al abuso de drogas y presumiblemente desencadenada por ellas; o de evolución paralela a la toxicomanía.

En el primer caso se trataría, según la nomenclatura anglosajona, de un *Mentally Ill Substance Abuser* (MISA); en el segundo, de un *Substance Abuser Mental Illnes* (SAMI); y en el tercero, de dos entidades de mal pronóstico que coinciden sin vínculos causales.<sup>116</sup> La suma de estas variantes comórbidas alcanza al nivel mundial entre el 2 y 3 % del total de drogadictos (cifra que en nuestro criterio evidencia un notable subregistro), y la relación profesional de ayuda que requieren difiere sustancialmente de la establecida con los toxicómanos primarios.<sup>117,118</sup>

La relación interpersonal técnica de ayuda, piedra angular de toda gestión asistencial, presenta -como hemos visto- demandas especiales cuando se orienta a la rehabilitación, y en nuestro criterio alcanza su clímax de exigencias cuando el sujeto y objeto de la misión de rescate es un drogadicto, quien pone a prueba el nivel de humanismo, espiritualidad y ética del profesional en una situación interpersonal teñida por las características que diferencian a los toxicómanos de los pacientes convencionales.<sup>4</sup>

El rango científico del terapeuta y el establecimiento de objetivos bien precisos, luego del diagnóstico correcto de los problemas del paciente, determinan su diferenciación básica con otras relaciones interpersonales, mientras que el planeamiento del método y los recursos psicológicos que se vayan a utilizar en su ayuda, junto a la actitud de observador participante que valora y dirige la co-

municación aferente y eferente con el menor grado de distorsiones inconscientes por parte del profesional, matizan la relación como psicoterapéutica.<sup>3,21</sup>

Además, el facultativo valorará continuamente el efecto de sus influencias positivas, siempre que durante el largo proceso rehabilitatorio se superen los que pudiéramos considerar como obstáculos relevantes en la atención a un drogadicto.

En el tema anterior valoramos los significativos escollos que se deben superar en la relación con pacientes drogadictos primarios; permítasenos ahora su rápido recordatorio para de inmediato valorarlos comparativamente con lo que ocurre ante el drogadicto esquizofrénico. Los obstáculos eran:

- Reconocer su verdadera condición de enfermos, propósito nada fácil, sobre todo cuando existe todavía la egosintonía y la actitud es de aparente indolencia ante las consecuencias de la conducta adictiva expresada en niveles no psicóticos.
- Lograr una actitud permanente de no enjuiciamiento en personas con sus facultades mentales indemnes.
- Superar serias dificultades empáticas para ubicarse en el lugar del adicto por su conducta en apariencia absurda en sujetos con mente sana.
- Compadecerse por quien parece no hacerlo con sus convivientes, que sufren su adicción.
- Garantizar una permanente disposición afectiva, pese a los componentes disociales -casi siempre secundarios- que matizan su conducta.

- Poder involucrarse en las problemáticas humanas de alguien caracterizado, hasta que avance su rehabilitación, por un profundo egocentrismo.
- Valorar que sus tendencias manipulativas y falsas comunicaciones son generalmente expresiones derivadas del autoengaño.
- Dedicar tiempo y esfuerzos cognitivoafectivovolitivos por períodos prolongados para ver los resultados.
- Tolerar las frustraciones implícitas en su evolución generalmente tórpida.
- Controlar la hostilidad generada por frecuentes deslices y recaídas en sujetos con crítica conservada.

Superar estos factores adversos demanda un alto grado de madurez emocional y constantes esfuerzos integrales por parte del terapeuta, que debe estar además alerta sobre el efecto también catastrófico de sus propios mecanismos inconscientes, entre los que se cuentan la contratransferencia, las defensas, la angustia por identificación con seres queridos, la subvaloración y las racionalizaciones, factores que muchas veces llevan de la mano tomar el camino del menor esfuerzo, recurriendo a técnicas breves, no exploratorias, con objetivos exclusivamente supresivos y sin notables exigencias interpersonales, así como a priorizar los recursos biológicos sobre los psicosocioespirituales.

Si retomamos ahora el caso del joven sudamericano propuesto como modelo de doble diagnós-

tico, reconoceremos que, pese al mal pronóstico implícito en la imbricación y potenciación de ambas afecciones, su nivel psicótico de funcionamiento prácticamente lo exime de los obstáculos señalados, sustentados en su mayoría en juicios de valor del terapeuta sobre la responsabilidad inherente a quien tiene conservadas sus funciones psíquicas.

Pensamos por ello que en la relación de ayuda con el paciente de doble diagnóstico, se favorece la expresión profesional de humanismo, ética y espiritualidad, como consecuencia de su alta potencialidad para generar compasión y por sus muy disminuidas expectativas de responsabilidad. Ante ellos, por tanto, el respeto, el no enjuiciamiento, la bondad, la disponibilidad afectiva, la acción de involucrarse, la solidaridad y la entrega fluyen de manera espontánea del manantial inagotable de la vocación médica.

Los grandes obstáculos implícitos en su desfavorable pronóstico comienzan, sin embargo, desde la fase de confrontación con estos pacientes acrílicos y que muchas veces utilizan las sustancias con propósitos de automedicación, pese a sus nefastos resultados.<sup>51</sup>

Es también muy difícil el establecimiento del convenio o contrato con alguien tan amotivado por la rehabilitación, e igualmente complejas las fases de desintoxicación temprana y tardía, así como la deshabitación, afectada por las dificultades para el aprendizaje derivadas de la disminución de su atención (hipoprosexia) y las limitaciones para

establecer nuevos condicionamientos ocasionados por introspecciones y experiencias emocionales correctivas, en el contexto del empobrecimiento comunicacional, acusado tanto en la relación diádica como en la grupal.

Igualmente se dificulta la modificación del estilo de vida y el logro de abstinencia permanente, aun en pacientes en los que la entidad esquizofrénica haya respondido de manera favorable a la terapéutica orientada.

Si seguimos las fases del tratamiento, según Prochaska, Diclemente y Norcross,<sup>115, 119</sup> los obstáculos más significativos están, a nuestro entender, en el paso de la fase precontemplativa a la contemplativa, vale decir de la egosintonía a la egodistonía, únicamente alcanzable mediante un profundo vínculo interpersonal y la utilización de recursos inspirativos, didácticos, persuasivos y sugestivos para los cuales estos pacientes son poco receptivos.

En la siguiente fase, de preparación, se llega al clímax de la ambivalencia y su manejo -con el objetivo de alcanzar la fase de acción. Debe basarse en la influencia positiva de grupos de pariguales (drogadictos primarios rehabilitados), que funjan como líderes positivos, y también sustentarse en el manejo del medio y guía de acción por parte del equipo, donde la psicoterapia de familiares y la utilización de contingencias puede arrojar resultados satisfactorios. Se crearía así un entorno gratificador de la abstinencia y del nuevo

estilo de vida, en el que el principio Pigmalión sea transferido, progresivamente, de la relación profesional al medio familiar, con el objetivo de reforzar de forma enfática las conductas positivas para moldear el nuevo patrón comportamental, objetivo difícil, pero no imposible en el enfermo esquizofrénico.

En la fase final del proceso, representada por la prevención de recaídas, debe insistirse en las escenificaciones como medio idóneo para enfrentar con éxito las situaciones de riesgo, y programarse un seguimiento todavía más frecuente que el utilizado en adictos primarios.

La trascendencia del tratamiento integral, que incluya recursos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales, resulta fácilmente inferible, así como la utilización de los antipsicóticos atípicos, con los que se evitan efectos indeseables como la apatía e hipobulia, que muchas veces condicionan la búsqueda de efectos farmacológicos antagónicos.

Permítaseme concluir destacando nuestra apreciación de que las gestiones de rehabilitación psicosocial, en general, y las de drogadictos primarios y secundarios, en particular, se erigen como paradigmas de alta exigencia en lo referente a la relación profesional de ayuda y el proceso psicoterapéutico.

Pensamos que de la misma manera que las guerras mundiales posibilitaron la concientización

mundial del alto significado social de las afecciones psíquicas y la trascendencia de los factores ambientales en su patogenia, el trágico flagelo de las drogadicciones se convertirá en el más veraz indicador de la imperiosa necesidad de reconsiderar las nefastas tendencias mundiales a enfatizar los recursos terapéuticos biológicos en detrimento de los psicoespirituales, a subvalorar el significado de la relación médico-paciente, a limitar el tiempo disponible para la gestión psicoterapéutica, a seleccionar técnicas breves, no exploratorias y limitadas a objetivos supresivos.

## **Resumen**

Luego de enfatizar la trascendencia social de los dobles diagnósticos en el campo de las drogadicciones, se valora el significado de la espiritualidad, el humanismo y la ética del equipo rehabilitador en su relación con este tipo de enfermos.

Se parte del paradigma de la relación médico-paciente con los drogadictos primarios y se destacan los más frecuentes obstáculos para establecer una profunda, no enjuiciadora, consistente y congruente relación profesional, imprescindible para alcanzar los objetivos convencionales trazados.

Finalmente se señalan los obstáculos terapéuticos implícitos en las limitaciones del esquizofrénico y se considera que de la misma manera que el

enfermo con doble diagnóstico facilita -por la vía de una mayor compasión y menores exigencias de responsabilidad- la disponibilidad afectiva del equipo terapéutico, así como la ausencia de hostilidad ante sus frecuentes deslices y recaídas, el logro del progreso por las diferentes etapas descritas por Prochaska, Di Clemente y Norcross se dificulta notablemente, por lo que estos pacientes se erigen como paradigmas de las altas exigencias de la relación profesional con drogadictos.

## **Epidemia emergente oculta de los profesionales de la salud en el contexto neoliberal**

### **Introducción**

Como último tema deseamos someter a la consideración de los lectores nuestra visión sobre una problemática mundial de salud mental que valoramos como epidémica, emergente, todavía en parte oculta, de pronóstico catastrófico, y de efectos selectivos sobre los profesionales de la salud y consecuentemente sobre sus usuarios.

El propósito esencial de los párrafos que siguen será la invitación a reflexionar sobre algunos factores patogénicos y las medidas que se deben tomar para la prevención y erradicación de esta "entidad" de preocupante propagación mundial.

El trastorno ha recibido la denominación clínica de *burn out* o síndrome de agotamiento,<sup>120,121,122</sup> y su expresión clínica central es la astenia, pero cuando alcanza rango epidémico e incorpora como manifestaciones diana la crisis de identidad profesional y una indiferencia crónica ante la asis-

tencia, docencia e investigación, deviene enfermedad de Tomás, como acertadamente proponen Mariano Hernández y Luis Gervas, psiquiatra e internista españoles, pioneros en la descripción del cuadro que nos ocupa,<sup>34,123,124</sup> y que denominaron así en alusión al médico frustrado de la novela de Milan Kundera: *La insoportable levedad del ser*.<sup>125</sup>

La elección de nuestra profesión es primordialmente determinada por mecanismos vocacionales de servicio y a ellos se agregan motivaciones vinculadas con la comprensible aspiración de prestigio y *status* inherentes a una misión de altas exigencias, esfuerzo de superación permanente y notable significado social.

En nuestra opinión, el ejercicio actual de la medicina al nivel mundial tiende peligrosamente a obstaculizar tanto las gratificaciones de las motivaciones vocacionales como las de tipo socio-económico.

En los días que corren, nuestra praxis profesional se diferencia de manera sustancial de la del médico de familia de principios de siglo, cuando existían condiciones facilitadoras de la plena cristalización de su vocación profesional por la estrecha relación del facultativo con la población que atendía, cuyas gratificaciones morales reforzaban de forma significativa su vocación de servicio, y le conferían, además, la categoría de líder social.<sup>12</sup>

Los cambios determinados por la industrialización acelerada, la migración a las grandes ciudades, la centralización y especialización de los servicios médicos con el consecuente alejamiento del facultativo de sus usuarios, la tecnificación mal incorporada y la desastrosa subvaloración de la relación médico-paciente-familia, iniciaron un proceso de deshumanización en la más humana de las profesiones, que hace crisis al nivel mundial en esta época, matizada por corrientes neoliberales, cuya nefasta valoración generalizada de los estados como corruptos y administrativamente ineficientes implica la radical privatización y mercantilización de los servicios médicos, así como la aparición de empresas monopolistas del tipo *Managed Care* y *Health Maintenance Organizations*. Estas, además del sacrilegio de limitar el imprescindible espectro de posibilidades y decisiones médicas -que deben ser patrimonio exclusivo de las normas científicotécnicas y éticohumanísticas incorporadas a la conciencia del galeno- enriquecen en forma galopante a sus dirigentes, a expensas de la reducción del *status* socioeconómico del facultativo de la salud y del bloqueo de su realización vocacional, que se frustra al reducirse sus potencialidades profesionales por la compulsoria limitación del tiempo de consulta, medios diagnósticos, medicamentos imprescindibles, días de hospitalización, así como procedimientos psicoterapéuticos y rehabilitatorios.

A estos factores objetivos se suma la angustiada conciencia de ser asfixiado por un injusto sistema de servicios de salud que afecta, en grado progresivamente trágico, al médico y al usuario, mientras enriquece de manera escandalosa a sus directivos, como destacan en su magnífico libro *People versus Managed Care*, Rodrigo Muñoz y Harold Eist, expresidentes de la Asociación Psiquiátrica Americana.<sup>33</sup> Como colofón se aprecian las consecuencias de un ejercicio médico cada vez más sometido a la catastrófica y estresante exposición a los medios masivos de comunicación, con frecuencia carentes de ética, rebosantes de sensacionalismo y responsables en alto grado -junto con el proliferante grupo de abogados "cazademandas"- del creciente fenómeno de las reclamaciones por mala práctica, determinantes de la fatídica transformación de la relación médico-paciente en relación médico-demandante potencial, en la cual la mirada acuciosa del enfermo, antes dirigida a escrutar su pronóstico, deviene observación crítica, orientada a detectar posibles errores médicos, condición interpersonal nada facilitadora de la imprescindible compasión y disposición de ayuda ante el sufrimiento del paciente.<sup>55</sup>

El resultado final de los factores comentados es una práctica cada vez más alejada del paradigma interpersonal, profundamente humano y con matiz de sacerdocio, "pagado lo bastante con la

dicha de una madre, por alguien que sonrío porque ya no padece o por la paz de un moribundo a quien se oculta la llegada de la muerte". Por ello, corremos en nuestros días el gran riesgo de que estas imágenes vinculadas a Esculapio, incorporadas e idealizadas por muchos profesionales de la salud al elegir la carrera, lleguen a ser letra muerta en vez de guía inspirativa eticohumanística.

Estas frustrantes realidades son también consecuencia, en muchas latitudes, de una enseñanza profesional en la que se tiende a enfatizar la información sobre la formación, la técnica sobre la compasión, la instrucción sobre la educación y la habilidad sobre la espiritualidad.<sup>31</sup>

Se egresan así médicos cada vez más actualizados, pero menos sensibles; cada vez más técnicos, pero menos involucrados; cada vez más entrenados, pero menos disponibles; cada vez más equipados, pero menos integrales; y cada vez más automatizados, pero menos humanizados.<sup>17</sup>

En nuestra apreciación, para prevenir y erradicar la enfermedad de Tomás, es imprescindible orientar nuestros mayores esfuerzos en la lucha por mantener el *status* e imagen pública del facultativo y por estimular cotidianamente la vocación médica, así como a desarrollar los más altos valores espirituales del estudiante, espiritualidad considerada en su doble vertiente esteticocultural y humanística (que preferimos denominar cultura) y la eticodeontologicocompasiva (espiritualidad propiamente dicha en el ámbito médico).

Como integrantes de sociedades científicas y federaciones médicas, debemos ser abanderados en el enfrentamiento más enérgico a la explotación mercantilista de los profesionales y usuarios de la salud, y a la invasión de nuestro sagrado ejercicio por la prensa amarilla y hordas leguleyas saqueadoras. Como profesores, recordaremos a Letamendi al formar médicos que sepan mucho más que solo medicina; seguiremos principios de raigambre judeocristiana, preparándolos para hacer bien sin mirar a quien, y para comportarse ante sus pacientes y familiares como si fuesen sus seres más queridos;<sup>126</sup> nos guiarán siempre los pensamientos de Martí al enseñarles a priorizar el deber sobre el provecho y a sentir la bofetada en la mejilla ajena; y en cada gestión docente evocaremos a José de la Luz y Caballero con su aforismo de que "instruir puede cualquiera, pero educar, solo aquel que sea un evangelio viviente".<sup>127</sup>

Consideramos que la enfermedad de Tomás es un certero indicador de la tragedia profesional mundial que se avizora, y no exageramos al plantear que si fracasamos en su enfrentamiento, el resultado final será, de una parte, la universalización de esta crisis de identidad en los médicos, que no tardaríamos en ser sustituidos por computadoras de última generación, y, de la otra, la masificación catastrófica de pacientes y familiares frustrados en su aspiración de ser atendidos por profesionales que respondan a sus

expectativas científicas y eticohumanísticas, con la alternativa de recurrir finalmente a los "conocimientos" y "orientaciones" cibernéticas, de seguro "más rentables" para las empresas intermediarias, pero en su totalidad carentes de espiritualidad y ajenas a la realidad de que en las relaciones profesionales con pacientes y familiares, lo afectivo es lo más efectivo.

Las reflexiones anteriores han pretendido fundamentar que la tendencia mundial actual es a una praxis médica en la que, por causas objetivas y subjetivas, respectivamente, vinculadas con factores socioeconómicos y formativos, se frustran cada vez más la vocación médica de servicio y la aspiración a un *status* social consecuente con la alta significación del trabajo profesional.

## **Resumen**

Se aborda el tema de la enfermedad de Tomás, descrita por autores españoles, que consiste en un cuadro asténico que afecta masivamente a facultativos que se desenvuelven como médicos en medios donde no existen gratificaciones vocacionales y donde el *status* profesional declina cada vez más. La manifestación diana es la crisis de identidad profesional y la indiferencia crónica ante las gestiones asistenciales, docentes, investigativas y de actualización.

Se describen sus factores patogénicos y las medidas que se deben tomar en los medios en los cuales se manifiesta dicho cuadro y que, según la apreciación del autor, es un importante indicador del resultado final de una praxis médica alejada, por razones objetivas, de las gratificaciones vocacionales y del *status* socioeconómico convencional.

Por último, se exponen las medidas que en lo macroeconómico y en lo referente a la formación médica pueden tomarse para enfrentar dicha problemática, tanto en lo que concierne a esfuerzos de gremios, federaciones médicas y sociedades científicas, como en el campo de la formación de recursos humanos de la salud, donde deberá reforzarse la profunda vocación humanística determinante de la elección de carrera.