

# La relación médico paciente, esencia de la profesión médica

Dr. Mario Souza y Machorro\*

## Resumen

*La situación social de médico es legendaria, sus acciones se reflejan en hechos concretos, preventivos, paliativos y curativos. En su evolución, la medicina ha dado un cambio en los conceptos de lo que significa ser médico y ser paciente, en parte porque nos enfrentamos a nociones más clara sobre variados procedimientos y su significado. Se tiende actualmente a no remarcar la inferioridad del paciente en la relación con el médico buscando un cambio funcional que enfatiza la universalidad de la práctica donde se involucra la personalidad de quien la solicita y de quien la ayuda.*

*El estrés está vinculado en la óptica biopsicosocial a la enfermedad, ello facilita la comprensión de lo "esencial", calificado así más por ignorancia que por mala fe y por inercia vocacional que por volición, no obstante el deterioro de las relaciones interpersonales induce a los pacientes a acercarse al médico a pedir comprensión, apoyo y consejo, amén de receta y fármacos.*

*El médico en base a factores psicológicos ayuda y enseña al paciente a ayudarse a sí mismo, con diferentes modelos de relación intenta satisfacer la demanda de atención en la enfermedad y en las situaciones que preceden y derivan de ella. Tales modelos dan*

*apoyo palpable y transcendental, fomentan el alcance y la preservación de la salud. Los pacientes, los procedimientos médicos y los diferentes ámbitos donde se ejerce la práctica influyen en la eficacia profesional, lo que reforzado con elementos tecnológicos que no suplen el vínculo curativo ni compiten con él, se tornan poderosos auxiliares en el avance moderno de la medicina.*

*La respuesta individual es un proceso existencial donde la receta y la entrevista clínica per sé son curativas. La enfermedad pone a prueba una forma global de respuesta que aparece en un contexto psicosocial y afecta a la homeostasis que se traduce sociológicamente en un comportamiento determinado, donde el médico es esperanza si alivia y amenaza si confirma la enfermedad. De ahí que la resistencia y otros sentimientos comunes induzcan la automedicación.*

*Como parte de su tarea el médico debe enseñar al paciente cuál es su responsabilidad ante el tratamiento, pues la pugna medicamento vs. apoyo empático no tiene sentido práctico, ya que son combinables y complementarios. Ello reduce la iatrogenia y cataliza los cambios sociales que facilitan la elevación del nivel de vida individual y colectivo.*

**\*Psiquiatra y psicoterapeuta.  
Profesor de la División de  
Estudios de Posgrado de la  
Facultad de Medicina, UNAM.**

## Introducción

Desde tiempos inmemoriales el quehacer médico se dedica a atender la enfermedad. Hoy empezamos a atender la salud en los niveles de promoción y preservación, según la recomendación técnica de la OMS<sup>1</sup>. El estudio de la enfermedad y la salud requiere de dos diferentes procedimientos que deben de ver al individuo en su dimensión biopsicosocial. Aun antes de la difusión científica de la visión psicológica de las funciones médicas, los médicos sabían la trascendencia de sus acciones. Los fenómenos susceptibles de curación a través de métodos psicoterapéuticos y su importancia práctica se esbozaron en el momento mismo de nacer la profesión médica. Después, un cúmulo de documentos demostraron la utilidad de conocer y manejar los factores psicosociales y su aplicación en la medicina general.

No sólo la afectación psicósomática o psicofisiológica, como se conoce hoy día<sup>2</sup>, se somete al estudio de la relación etiopatogénica entre la vida física, psíquica y social del paciente, con sus síntomas; todas las demás enfermedades se parecen en este sentido<sup>3</sup>. El enfermar humano es una experiencia subjetiva e individual que se vivencia de acuerdo a lo peculiar de cada sujeto y que difiere del enfermar colectivo. El mundo de lo enfermo, es en sí mismo un reto cotidiano de trabajo.

Lo primordial de la labor médica, es devolver la salud a quienes la han perdido y facilitar su readaptación, ya por minusvalía, o afectación que requiere adaptaciones diversas. No logramos curar, pero sí rehabilitar y dar consuelo, más aún, podemos asistir con mayor eficacia, mejores métodos y mayor preparación a los que enfrentarán la muerte, lo que unido al fomento de la salud y a la preservación de ésta confiere versatilidad a nuestra tarea. Todas las actividades referidas tienen implicaciones psicológicas. Consideramos que el enfermo no es un objeto que el médico deba reparar, como un mecánico repara una pieza; el paciente, ente

humano, es mejor comprendido bajo la óptica biopsicosocial.

Las diferentes consecuencias de la enfermedad, se ven en el plano sociológico, como en el caso de un niño al que la sola hospitalización prolongada le resulta traumatizante.

También plantea diferentes problemas en los niveles de adaptación psicológica como en el caso de la readaptación funcional de un **amputado**, cuya dificultad no está sólo en los problemas mecánicos relativos a prótesis; la enfermedad plantea muchas dificultades que limitan el ejercicio de la medicina.

Algunas veces nos preguntamos por qué algunos pacientes no siguen las prescripciones, por qué propician el padecimiento, e insisten en buscar la ganancia secundaria de la enfermedad, o retardan y alejan la curación al no colaborar con su terapeuta.

Deseamos que tales reflexiones, nos ayuden a esclarecer algunos aspectos de nuestra práctica y que la relación terapéutica permita a los profesionales, asegurar mayor bienestar a sus enfermos, sin olvidar los datos de las ciencias exactas y las aportaciones hechas en el campo por la investigación psiquiátrica. No debería descuidarse ninguno de estos aspectos, pero resaltar excesivamente los de tipo psiquiátrica. No debería descuidarse ninguno de estos aspectos, pero resultar excesivamente los de tipo psicológico, entrañaría una regresión inadmisibles en el dominio científico, así como olvidar la dimensión psicológica en la que encuentran los pacientes, acarreará, también, graves consecuencias.

Los enfoques llamados organicistas y psicologicistas no deben de competir<sup>4</sup>, son complementarios y por tanto, forman parte de sistemas autónomos e independientes, que inmersos en un mecanismo de actuación general biológico referido por Bertalanffy en "Teoría General de Sistemas", producen la condensación que explica la sumación de efectos en pro del conocimiento, que le sirve al

hombre para no enfermar, y también para mantenerse sano.

El médico pese a sus amplios conocimientos, conviene en modificar su actitud frente al hombre mismo, y en tal espíritu se comprende su verdadera imagen<sup>5</sup>. Estas meditaciones en torno a la profesión médica buscan una nueva y fecunda idea sobre la humanidad, la que reforzaremos en nuestra persona e inocularemos a los médicos en formación.

*La situación del médico en la sociedad.*

Desde la antigüedad los médicos pertenecen a una casta, han ocupado la plaza del sacerdote y el hechicero, y a medida que sus conocimientos progresaron cobró más importancia. Hoy sus relaciones se basan en una ambigüedad, pues posee el prestigio del hechicero y las estructuras rigurosas del hombre de ciencia. Actualmente sólo se acepta la investigación lógica y científica, pero el enfermo busca al mago y a "fuerzas ocultas" para protegerse de miedos que no comprende.

A los ojos de los demás un médico no es un hombre común, aun fuera de la actividad profesional se le llama doctor, no "señor". En la idea que el enfermo tiene del médico, intervienen varios factores ligados a su persona y funciones; la imagen tradicional del médico es la de un personaje prestigioso. Hoy, se admite *a priori* su competencia y experiencia, pero se reserva la comprobación; se acepta ver en él un hombre instruido y experimentado, pero es raro que se manifieste la consideración y respeto que antes originaba el mero título. El médico actual, ha perdido mucha de su autoridad, la que en él queda, está más ligada a los títulos que posee que a la opinión favorable de los clientes. El enfermo ya no es un sujeto que acepta todo lo que se le prescribe o prohíbe, ya que usa su "cultura médica", y discute, ahora demanda preguntas y comprensión. Lejos de ser dócil, frecuentemente es escéptico, incluso pide que se le aplique "el tratamiento" del que tiene referencias. Todo esto es consecuencia de difusión de los temas médicos por la prensa y los medios de comunicación masiva, lo que resulta adecuado porque después de todo, esto permite la elevación del nivel de cultura médico de la población,

si se quiere ver así. Por otra parte, la medicina institucional representa algunas ventajas. Ahí el sujeto es un derechohabiente y por ello, puede ver a cualquier médico y a cualquier especialista, mas no al que él quiere. Existen visos de inferioridad en la relación médico-paciente-enfermedad<sup>6</sup>, por lo tanto esta relación en la sede institucional, tiende a cambiar.

El enfermo solicita del médico:

1) *competencia técnica indiscutible*, basada en el conocimiento de las ciencias médicas y justificar su poder, lo cual es imprescindible en el ejercicio de esta práctica; 2) *universalismo en la función*, ya que no elige al cliente y debe de tratar a todos por igual; 3) *especialidad funcional*, en tanto que la competencia, la autoridad y los privilegios del médico se limiten al ejercicio de su profesión; 4) *desinterés hacia la colectividad*, el profesional de la salud debe hacer todo lo posible para procurar la curación completa, rápida y sin dolor de sus pacientes, debiendo colocar el bienestar de éstos por encima de sus propios intereses.

*Expectativas de los pacientes con respecto al médico.*

Los pacientes en general, esperan un examen físico en el que se base el diagnóstico, que se les diga el nombre de la enfermedad, el tratamiento a seguir, las explicaciones correspondientes de todo ello, y de ser necesario se le canalice a un especialista. El médico debe de conocer y ser su base ética, el saber guiar al paciente y la manera más adecuada para enterarlo, para que sienta la satisfacción y la confianza que viene buscando, y para fomentar una relación humana con derechos y obligaciones en cuyas limitaciones no habrá de sentirse débil ni sometido. Tres son los aspectos importantes de esta relación: 1) la naturaleza de la especialidad del médico; 2) la personalidad del que consulta, y 3) la personalidad de quien la ofrece. Cada uno con sus expectativas y su modelo conductual se influyen.

Los diferentes enfoques de comprensión del paciente se dan en el abordaje desde una perspectiva científica y los intercambios humanos que conforman la relación terapéutica. Aun cuando los síntomas sentidos y descritos no

indiquen enfermedad orgánica, están señalando por lo menos la existencia de un sufrimiento. Los médicos saben que un estrés, generalmente se acompaña de sensaciones corporales, pero el enfermo casi siempre lo ignora. A tales pacientes se les llama *funcionales*, expresión que suele implicar desprecio, pues para algunos es sinónimo de enfermo imaginario, falsificador o simulador, lo cual es completamente equivocado. Conviene señalar que tales pacientes se sirven inconscientemente de un síntoma corporal para expresar un sufrimiento y aunque hablan del sufrimiento del cuerpo, su queja es existencial, y ello debe de poder ser comprendido por el médico y si se puede por ambos.

Es muy raro que un paciente presente al médico general un problema psicológico, sólo que sea médico psiquiatra o especialista en el manejo de estos desórdenes. El desarrollo de la civilización urbana ha deteriorado las relaciones familiares; estas y otras causas, hacen que el enfermo funcional busque el encuentro con el médico, porque es la única persona que le recibe a través del síntoma en la expresión de los problemas, y eso le permite al médico convertirse en agente terapéutico. En cierta forma el médico se convierte él mismo en remedio, siendo los síntomas el medio más simple y natural de procurarse una "dosis de médico". En este nivel afectivo y de intercambio psicológico, es en donde el médico siente y comprende al hombre y se estrechan las relaciones profesionales.

#### *La originalidad de la relación médico-paciente-enfermedad.*

El médico no debe de ignorar la angustia del enfermo, habrá de enfrentarse a ella y adoptar una actitud de comprensión; debe de poder desentrañar tales comportamientos y comprender su sentido para no comprometer la cooperación de sus pacientes, ya que la relación con el médico es muy diferente de la prestación de un servicio ordinario, por lo que debe ser sana, es decir, no expresiva de juicios valorativos. Juzgar a los pacientes no es actividad médica.

Los diferentes modelos de relación, conside-

rados por Hollender son de tres tipos: 1) actividad del médico y pasividad del enfermo; 2) dirección por parte del médico y cooperación del enfermo; 3) participación mutua y recíproca del médico y el enfermo.

Conviene tener en cuenta que ninguno de estos modelos es mejor que otro y que corresponden simplemente a determinadas situaciones, éstos se aplican a pacientes que están en condiciones psicológicas diferentes. Por su propia personalidad, el médico puede tener dificultad para pasar de un tipo de comportamiento a otro y tratar de la misma manera a todos sus enfermos. De hecho algunos apenas pueden pasar de los niveles 1 ó 2; muestran tendencia a adoptar siempre una actitud muy directiva e imponer al paciente, lo que a su modo de ver es mejor para él, de acuerdo con su ética y con su filosofía de la existencia, lo que resulta una indoctrinación.

#### *La acción psicológica del médico*

Para muchos pacientes la sola presencia del médico es garantía de curación, aunque no se realice; es frecuente que se le revista de un halo mágico; otros alivian sus dolores momentáneamente al menos, con la sola idea de la llegada del doctor. En torno a este punto hay miles de ejemplos.

Los médicos saben que la prescripción de un placebo produce en ciertas enfermedades, curaciones espectaculares. Quién no ha oído decir al paciente que se cura en el mismo instante en que toma la primera píldora... A este propósito las observaciones más importantes ha sido descritas por Balint: "el medicamento más frecuentemente utilizado en medicina general es el propio médico".

#### *Fundamentos de la acción psicológica*

La acción psicológica del médico supone siempre una dimensión inconsciente llamada "transferencia". Este término psicoanalítico designa una relación particular entre psicoanalizado y psicoanalista, y se utiliza por analogía, ya que los sentimientos del enfermo hacia el médico, en cierta forma y a un nivel inconsciente, reproducen en la persona del médico sentimientos experimentados en la

infancia, respecto a los padres o sustitutos parentales; por lo tanto busca que se vuelva protector, tolerante, cálido o autoritario, represivo y dictatorial. Así el enfermo se sentirá satisfecho o frustrado, según si el médico adopta o no, una actitud conforme a los deseos inconscientes del enfermo, situación que ambos desconocen. La agresividad del enfermo se manifiesta en su lenguaje, su comportamiento y especialmente al interrumpir el tratamiento. Esta agresividad desencadena la culpabilidad que conduce a su angustia.

El médico no siempre puede calmar o combatir la angustia, muchas veces se ve obligado a contrariar al enfermo prescribiéndole medicamentos, hospitalización, etc., ya que no puede ni debe disimular los peligros de ciertas enfermedades y las eventuales complicaciones de éstas, mismas que conviene prevenir en pro del paciente, lo que deberá de ser explicado a satisfacción. La labor del médico consiste también en ayudar al enfermo a aceptar su enfermedad, a luchar contra ella y a confrontar esta prueba en las mejores condiciones posibles.

La contratransferencia del médico, respecto al enfermo, es resultado de la influencia de éste sobre los sentimientos inconscientes de aquél. El alcohólico es para muchos médicos "un perezoso, un falto de voluntad, o un vicioso...", el epiléptico que ha vuelto a tener crisis, por interrupción voluntaria de su tratamiento, la agresividad de un inválido, etc., incrementa la impotencia en los sentimientos de los médicos, e inclusive desatan su cólera, y todo esto los hace reaccionar. Cuando la curación no es posible, esto es vivido por algunos médicos como injuria personal, otros se sienten frustrados, otros más, culpables; se irritan o se vuelven agresivos contra el enfermo e incluso recomiendan su hospitalización sin motivo justificado. La agresividad de un enfermo que no se resigna a aceptar su enfermedad produce reacciones de intolerancia.

Para establecer relaciones correctas con el enfermo, se requiere ante todo de una reflexión suficiente sobre uno mismo y sobre sus reacciones. Si el médico analizará cualitativamente su vivencia llegaría al origen de sus

sentimientos negativos y adoptaría una actitud más adecuada. Sin embargo, sólo podrían eliminarse verdaderamente las motivaciones inconscientes inconvenientes, psicoanalizando a los que practican la medicina, para que sus problemas no les impidieran ver los problemas de los enfermos, y tratarlos adecuadamente, pero como esto es imposible, se recomienda simplemente utilizar los y conocidos y prácticos lineamientos señalados por Balint.

Otro aspecto particular de la Relación, se da en la pediatría, donde se hace triangulación con los padres. Son ellos los que llaman al médico cada vez que lo creen necesario, pero no sienten en su propio cuerpo, y con su derecho a la observación y a la crítica, todo comunican, lo cual les hace participantes. Es frecuente ver que la madre se muestre más ansiosa y exigente cuando se trata de su hijo, que si se tratase de ella misma, pues en mayor o menor grado siente culpabilidad, aun cuando no se percate de ello.

En muchos casos, y aunque sea pequeño, el niño es capaz de comprender si se le explica en términos sencillos. Bajo cualquier circunstancia es igual que para los adultos un imperativo: explicar lo que se va a hacer, porque se les hace, qué se obtendrá de ello, etc.

El abordaje psicológico del enfermo por un cirujano, es distinto del de otros médicos. La práctica quirúrgica está definida ante todo por el acto operativo y a menudo por su carácter urgente. La intervención es un acontecimiento importante en la vida emocional del paciente, quien bajo los efectos de la anestesia se convierte en un "objeto a reparar", de tal suerte que nos hallamos ahora en una situación triangular comprendida por el cirujano, el paciente y el anestesista. Relación que hoy día se humaniza y modifica con la atención pre, trans y posquirúrgica que estos especialistas realizan.

Una situación especial más es la relativa al traspaso de un enfermo a otro médico. Se debe decidir el envío hablando con el paciente, explicándole las razones para ello. Este es el único sistema para que se empiece

bien una relación con otro terapeuta, que en definitiva va a fomentar la confianza en el enfermo.

Si se establece la relación de un médico general y un especialista simultáneamente, conviene establecer cuál de ellos tomará la responsabilidad, pues se ha visto que cuando no se menciona hay el peligro de que el enfermo sea abandonado por todos, ante una "disolución" de responsabilidades.

### *Tecnología y Relación Humana*

La técnica es la vía de la eficacia, ensancha el campo de las posibilidades diagnósticas, terapéuticas, preventivas, etc., y todo ello motiva prestigio ante el enfermo y le produce sensación de seguridad reforzada por los datos en cifras y curvas al afirmar un diagnóstico: Sin embargo, el que dispone de los mejores recursos de la tecnología corre el riesgo de ver a su enfermo como "objeto de la ciencia" y se interesa más por la enfermedad que por el hombre enfermo. La técnica puede convertirse en una pantalla entre el médico y el paciente, misma que fascina y da seguridad a algunos aumentando su confianza en la medicina, y produciendo rechazo en otros por su carácter impersonal. La mayoría de los enfermos necesitan contacto personal, y no es raro que los aparatos sean causa de esta falta de comunicación, lo que debe tenerse en cuenta y se relaciona con la tesis de Olivares<sup>7</sup>: "pertene-cientes a una sociedad de consumo, muchos pacientes aceptan como dogma que un servicio pagado es de mejor calidad que uno gratuito. La medicina privada ha explotado el narcisismo de la persona dotada del poder económico, quien mediante la tecnología publicitaria, cree poder vencer a las fuerzas de la naturaleza, incluyendo a aquellas que se derivan del código genético y los factores ambientales de la enfermedad".

### *Las reacciones psicológicas ante la enfermedad*

La enfermedad representa una reacción insuficiente de los mecanismos de adaptación del organismo. Ante esta circunstancia, enfermo y médico, tienen preocupaciones distintas. Uno busca dilucidar la naturaleza, mecanismos y causas de la enfermedad para prevenir, tratar, rehabilitar, etc., pero para él, la enfermedad es un hecho externo que no vive. Para el otro, es un factor decisivo en su vida emocional, pues la enfermedad y el sufrimiento tienen un sentimiento común y son manifestaciones amenazantes a las que subordinan otros valores vitales. Es un estrés cuyo origen está en su corporalidad, aparece en un contexto social y afecta el equilibrio psicodinámico entre él y su medio; por eso para él, lo principal de la enfermedad es la incapacidad para responder a las exigencias que el entorno le plantea.

Con una perspectiva sociológica, puede considerarse la enfermedad, una forma de comportamiento desviado que impide realizar las obligaciones sociales y profesionales y que crea una situación nueva, que no lo deja vivir como antes. Es la experiencia desconcertante de la soledad y el sufrimiento, mientras que la conciencia de salud se expresa fenomenológicamente por una sensación de seguridad, la de enfermedad está formada por malestar y sensación de debilidad.

En ocasiones la enfermedad es tomada como una injusticia, una humillación o una debilidad. Para otros, es consecuencia de una falta, es un castigo o una prueba por la cual debe adquirirse un mérito personal; lo fundamental de ello es el miedo a las complicaciones, al dolor, la muerte o la incapacidad.

Los médicos son vistos por los pacientes bajo una contradicción: constituyen esperanza al aportar ayuda, y una amenaza si confirman el estado de enfermedad. Si predomina esta última, el enfermo rechazará la posibilidad de serlo o estarlo y desarrollará un patrón de conducta característico de resistencia y minimización de su estado, automedicándose, etc.

Para un enfermo crónico, la medicación es la confirmación de su enfermedad. Demasiado frecuentemente se ven catástrofes debidas a la

suspensión brusca del tratamiento, como las crisis subintrantes en el epiléptico o el coma en el diabético. Pero ¿porqué un paciente se resiste a la enfermedad? Algunos médicos pueden ser parcialmente responsables de ello, ya que dejan a sus enfermos en la ignorancia de hechos fundamentales, sus explicaciones parcas o en vocabulario técnico e incomprensible se suman a la resistencia del paciente. Otros motivos de ello pueden ser los factores económicos, el tipo de instalaciones médicas, los sistemas sociales de asistencia, su distribución para las horas de las citas, los días de visita del especialista, las distancias, la ubicación geográfica, el transporte, etc. Todos deberán de contemplarse.

#### **Actitudes del enfermo ante el proceso médico**

Unos desean todo tipo de exámenes para sentirse explorados a fondo, otros ven al médico como personaje metafísico que actúa bajo una especie de poder sagrado, y se inquietan con los exámenes y los rechazan. Al médico no siempre le resulta fácil saber con qué tipo de paciente está tratando; las personas con elevada formación científica puede ser que prefieran la magia o procedimientos simples. Otros desean el gran expediente que acumula documentos físicos y químicos. Unos y otros reaccionan de diversa forma en función de su personalidad, su cultura y otros factores.

Si el médico propone un tratamiento sin diagnóstico, el enfermo se decepciona, ya que para él es algo simbólico e importante que refleja la competencia profesional del médico.

El estado de enfermedad entraña una regresión afectiva y necesidades nuevas de protección. Casi siempre el enfermo fija estos nuevos sentimientos sobre la persona del médico, y le deposita su seguridad y su persona. Otros enfermos reaccionan de forma muy distinta, su conflicto interior puede expresarse en forma de terquedades, sarcasmos o actitudes y conductas negativas con el

personal encargado de cuidarle, como la enfermera, haciéndole repetidas burlas, menospreciándolas, etc. No obstante, hay enfermos que toleran bien su enfermedad.

Es una obligación del médico enseñarle al paciente a cubrir el papel que le toca y asignarle a los miembros de la familia el papel que a cada uno le corresponda. Pero es el paciente quien debe tomar la responsabilidad de su padecimiento y compartirla acaso, con los miembros de la familia interesados en su curación, pero esto se debe remarcar, pues es prerrogativa del médico, y derecho y obligación de la relación terapéutica, en pro de la salud del paciente.

#### **La receta y el valor terapéutico de la entrevista médica.**

El paciente es un ser humano lleno de preocupaciones, miedos, esperanzas y desesperanzas. Un todo indivisible, que constituye el legítimo objeto del interés médico. Sólo con este enfoque podemos hacer una medicina humanística que se contraponga a la medicina mecanicista y deshumanizada<sup>8</sup>.

El elemento sociocultural modela el desarrollo humano y crea para satisfacer necesidades básicas, nuevas necesidades y los modos de satisfacerlas. En el desarrollo de la civilización, el hombre ha establecido las técnicas como medio para someter en algún grado, a las fuerzas de la naturaleza, y en el proceso de dar sentido a su imagen del mundo crea las ideologías. La tecnología y las ideologías dependen de las formas de cultura. La asimilación de estos elementos conduce a rasgos de personalidad entre los miembros de una cultura dada y les son característicos.

Por ello la entrevista, desde el punto de vista estrictamente médico, tiene como finalidad comprender las molestias, síntomas y datos físicos del enfermo e integrarlos en un cuadro coherente, pero esto, será el resultado del moldeamiento de la cultura y de ciertos hábitos, necesidades y expectativas que los médicos asumimos.

En la entrevista médica, el lenguaje no es el único medio de comunicación, el enfermo

aporta también informaciones en la expresión corporal, las actitudes y las manifestaciones fisiológicas de las emociones. Existen dos técnicas de entrevista: 1) **la anamnesis metódica** que recoge respuestas de un conjunto de preguntas seleccionadas a medida que el paciente describe sus trastornos, con los que se construye la hipótesis patogénica que utiliza para obtener la información requerida; pero si ésta no se confirma formulará otras nuevas que se elaborarán en base a nuevas preguntas; 2) en la **entrevista no dirigida**, el objeto es obtener la máxima información posible y aprender a conocer al hombre y a la enfermedad, es decir, conseguir un diagnóstico y al mismo tiempo comprender cuál es el sentido que tienen para el individuo en cuestión las quejas que ofrece. Durante ella, los silencios son muy importantes. Algunos médicos inexpertos suelen sentirse incómodos, por ello creen que deben llenarlos con preguntas o comentarios, sin embargo, es más conveniente respetarlo, pues el médico debe también saber callar.

La recomendación para emplear una anamnesis metódica o una entrevista no dirigida se basa en el hecho mismo de que es fácil pasar de una entrevista no dirigida a una metódica, pero no al revés. Una vez que haya hablado el paciente, el clínico podrá controlar la cantidad, estructura y forma de la conversación y evaluará la conveniencia de seguir una técnica u otra. En términos generales, el médico debe de decirle al enfermo todo lo que pueda ser útil para la futura colaboración al tratamiento y todo lo que disminuya su angustia. Sin embargo, esto no es así en el caso de enfermedades mortales o reputadas como tales, por sus condiciones particulares. A menudo la palabra del médico es interpretada o deformada tendenciosamente en función de motivaciones inconscientes. Por lo tanto, las indicaciones en las prescripciones deben de limitarse a lo esencial debiendo ser legibles, claras y sin abreviaturas.

En la medicina psicosomática es en donde la entrevista, más que la prescripción, tiene valor terapéutico fundamental. La acción psicoterapéutica se debe en parte a que el

enfermo expresa sus problemas en una atmósfera de comprensión. El solo hecho de ser escuchado, comprendido y haberse "desahogado" suprime su malestar, por la vía de la catarsis.

Ahora bien, hay condiciones materiales y dinámicas que favorecen la comunicación y otras que la dificultan: una habitación acogedora, tranquila y sencilla; la posición de los interlocutores; las barreras entre ellos, etc., repercuten en la relación lo mismo que el tiempo de duración de la entrevista y otros factores.

#### **Factores psicológicos que favorecen la comunicación.**

Entre los factores psicológicos más importantes que impulsan la comunicación están la actitud del médico, la aceptación de la persona tal como es, la ausencia de prejuicios, el escuchar atenta y respetuosamente y otros más. Fijaremos nuestra atención en tres polaridades: 1) *autoridad-sumisión*; 2) *amor-odio*; 3) *cercanía-distancia*, que por sí mismas dan una medida de interacción en las relaciones humanas<sup>9</sup>. La autoridad es un recurso extrafisiológico del médico muy poderoso porque suscita en el paciente confianza y la esperanza de ser ayudado; pero debemos distinguir entre la autoridad que es auténtica y racional, que se apoya en el conocimiento, la experiencia y la responsabilidad de quien la ejerce y otras formas donde no cristaliza lo citado porque expresan irracionalidad, arbitrariedad, o despotismo y que son sucedáneos negativos de la autoridad verdadera. La autoridad no se impone, es conferida a aquel en quien se aprecian competencia y confiabilidad, más que ejerce deliberadamente irradia de quien la posee<sup>10</sup>.

En la polaridad amor-odio, que se da en la relación terapéutica puede decirse que cuando hay confianza, respeto y estimación mutuas, todo marchará bien, incluso cuando el enfermo no mejore; pero cuando hay desconfianza abierta o encubierta u hostilidad, se anula la influencia del médico. Los buenos clínicos saben que deben de desarrollar un

tercer oído<sup>11</sup> con el que se percibe más allá de los signos convencionales.

En cuanto a la cercanía-alejamiento psicológico de los participantes, se conoce una distancia óptima para la comunicación. Cuando el médico muestra prisa, aburrimiento o disgusto al enfermo, hace que se retraiga y se aleje; cuando la confianza del enfermo se abate o le domina el desaliento, la distancia aumenta y más allá de cierto punto las palabras del médico no tocan al enfermo, por tanto su influencia positiva será nula.

### **El carácter y la Relación médico-paciente**

Las tendencias que conforman el carácter del médico y del enfermo a menudo afectan la relación en forma desfavorable, su peligro principal es que aún sin advertirlo, el médico utilice a sus enfermos para satisfacer necesidades propias. El autoritarismo se manifiesta por una necesidad excesiva de ejercer poder y de ser insensible a los derechos de los enfermos, detrás de lo cual existen sentimientos de debilidad e impotencia. Algunos enfermos, sólo en apariencia, se someten a la autoridad del médico, pero pasivamente se resisten a aceptarla. El médico usa su autoridad para desarmar y someter al enfermo, pero éste usa su debilidad para desarmar al médico, y en ocasiones lo logra.

Hay médicos dominados por sentimientos de omnipotencia, que se perciben capaces de curar a cualquiera, y como dice el Maestro De la Fuente, "actúan como si tuvieran siempre la respuesta correcta y haciendo sentir a sus pacientes que su destino y felicidad están en sus manos. La adoración en sus pacientes refuerza una vez más su autoimagen ilusoria, e irreal. El médico que tiene necesidades excesivas de ser aceptado y querido, necesita que los enfermos le confieran satisfacción, y para lograrlo exhibe ante ellos su ciencia o el poder de su intelecto". En tanto que a otros les ocurre que sus sentimientos de soledad y separación los impulsan a ligarse estrechamente y reiteradamente con sus pacientes<sup>12</sup>, sólo para citar algunos ejemplos.

### **Farmacoterapia versus psicoterapia**

La pugna entre usar medicamentos o favorecer una buena relación médico-paciente no tiene sentido práctico. El médico cuenta hoy día con múltiples recursos para ayudar a sus pacientes, el beneficio medicamentoso no debe ser negado a ningún paciente, pues representa el poder real del médico y es expresión simbólica de ese poder, lo cual no debe ser confundido con el poder mágico e ilusorio que se les asigna. Nuestro razonamiento tiende a decidir si los síntomas son expresión de una condición patológica, susceptible de ser aliviada con los fármacos, o si se trata un problema de la vida, el cual no se resuelve mediante el uso de un fármaco. En otras ocasiones, los síntomas se enmascaran con los medicamentos y se impide su correcta visualización, como expresión de problemática de su vida personal, la que después de todo, es capaz de resolver. El papel del médico será insistir en que el paciente conserve la responsabilidad principal para solucionar sus problemas, lo cual, no es asunto de preferencia entre psicoterapia o uso de fármacos, porque ambos responden a necesidades distintas. En ciertos casos ambos tratamientos son combinables, y por lo tanto complementarios.

### **El papel del enfermo**

Se han descrito<sup>13</sup> cuatro aspectos esenciales: 1) la persona no puede evitar su enfermedad; 2) ni aliviarse por su voluntad; 3) quiere aliviarse tan pronto como le sea posible, y 4) busca la ayuda apropiada y coopera en su curación. A cambio de ello, y dependiendo de la naturaleza y severidad de su enfermedad, la sociedad le exige por un tiempo, de algunas o todas las exigencias sociales. Actualmente la actitud social hacia los enfermos se ha modificado, y con este nuevo enfoque más descriptivo y adecuado resulta elemental que el médico deba de tener advertencia de las actitudes y necesidades emocionales, tanto de sus enfermos como de las propias, y sólo así podrá mejorar la relación con sus pacientes. La verdadera objetividad del clínico no sólo

consiste en distinguir entre el síntoma y la fantasía, o lo simbólico y lo real, sino de ser capaz de analizar la realidad interna objetivamente, mas, si fuera incapaz de ser objetivo fallará con los enfermos de difícil manejo; no será capaz de entender la experiencia de estar enfermo, ni de tomar en cuenta el desempeño correcto del papel del paciente y de la colaboración que aporta la familia a la enfermedad, para restablecer la salud perdida, lo que conducirá indefectiblemente a la iatrogenia<sup>14</sup>. Este fenómeno comprende tres vertientes: a) el **Acto médico iatrógeno**, que se refiere al acto individual, colectivo o institucional; el realizado por acción u omisión directa o indirecta, en cualquiera de las funciones: terapéutica, de administración sanitaria, pericial, de planificación familiar, de medicina o cirugía estéticas, y la autoiatrogenia; b) los **agentes iatrogénos** como medicamentos, instrumentos, dietas, radiaciones, biopsias y paracentesis, vacunas y sueros, transfusiones, etc., y c) **conducta iatrógena**, producto de la personalidad del médico, las circunstancias de trabajo, lugar y tiempo, déficit de conocimientos, falta de criterio clínico y otros factores de origen diverso, como el error iatrógeno por negligencia, imprudencia, rigidez caracterológica, complacencia, inhabilidad manual o intelectual, y la que es fomentada por deshonestidad, además de otros factores extramédicos determinantes de la conducta.

En suma, no hay que olvidar el impacto individual de la enfermedad y su repercusión sobre el sistema familiar y social. El significado de la enfermedad para el paciente puede ser una separación real o imaginaria; una ruptura de lazos afectivos o un alejamiento de un ambiente querido que se acompaña de frustraciones intensas. Sociológica y longitudinalmente visto, la enfermedad modifica considerablemente la situación de un individuo en la sociedad, el mundo de la salud en la sociedad, es el mundo del individuo activo e integrado en su grupo, en tanto que el mundo de la enfermedad hace que el individuo se defina por lo que no hace. El individuo enfermo al ser descargado de las exigencias sociales corre el riesgo de ser excluido. Debemos enfrentar claramente las dos posiciones

de la sociedad: *el mundo de los enfermos y el mundo de los sanos*. Es de deseable que todo médico entienda estas diferencias; que las acciones del ejercer cotidiano de la medicina sean siempre humanísticas, genuinas y prácticas. Para ello es onveniente despojarnos de nuestros errores, percatarnos si los cometemos y aprender de la experiencia, sólo así regresaremos al verdadero camino de la medicina, sendero que algunos han dejado seguramente en forma involuntaria.

Hoy ya no basta dedicarse a atacar el síntoma. Ser médico es también promocionar y preservar la salud; catalizar los cambios sociales que habrán de beneficiar las condiciones de salud en pro del individuo y siempre en favor de la colectividad. Las metas, unas más ambiciosas que otras, pueden cambiar, pero el procedimiento sigue siendo el mismo, la esencia de la medicina y el arte de ejercerla convergen necesariamente en la relación médico-paciente, que está al servicio tanto del combate de la enfermedad como de su prevención, y todo ello para alcanzar equitativamente el estado de salud que requerimos para desarrollar óptimamente las potencialidades, de las que como seres humanos, estamos dotados.

#### Referencias

1. SOUZA Y MM. La atención primaria y la educación para la salud mental *Salud Mental*, 1984. Vol. 7, Año 7, No. 2, Verano.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statiscal Manual of Mental Disorders*. Third Edition. Washington, 1981.
3. DE LA FUENTE R. Medicina psicósomática. Cuadernos de Psicología Médica. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM.
4. SOUZA Y MM. *Taller la relación terapéutica*. Departamento de Enseñanza, Instituto Mexicano de Psiquiatría. Mecanograma. México, 1982.
5. LOPEZ IBOR (Editorial) *Actas Lusoespañolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*. Vol. XI, 2a. etapa, No. 4, 1984.
6. RUIZ TAVIEL A. *Ensayo No. 2 La relación médico-paciente a nivel de las instituciones*. Trabajo presentado en la reunión de la Sección Permanente de Psicoterapia. Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C. Mecanograma. México, 1983.
7. OLIVARES I.L. Análisis de las decisiones en

- medicina. El modelo operante de la medicina del futuro . Editorial Imprenta, Sistema de Universidad Abierta (SUA), U.N.A.M. México, 1983.
8. PUCHEU RC. *Aspectos psicosociales de al relación médico-paciente*. Trabajo presentado en la reunión de la Sección Permanente de Psicoterapia de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. Mecnograma. México, 1983.
  9. DE LA FUENTE R. La alianza terapéutica. *Cuadernos de Psicología Médica*. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, U.N.A.M.
  10. FROMM E. *Escape from freedom*. Ed. Farrar and Rinehart. Nueva York, 1941.
  11. GRODDECK GW. *The Book of the It*. Nervous and Mental Disease Publ. New York, 1928.
  12. LAIN ENTRALGO P. La relación médico-enfermo. Historia y teoría. *Revista de Occidente*, Madrid, 1964.
  13. PARSONS T EDWARDS, NAEGLE K, PITT JR. *Theories of Society*. The Free Press. A Division of MacMillan Publishing Co. Nueva York, 1965.
  14. ZURIN. *Introgenia, Problemática General*. Ed. El Ateneo. Buenos Aires, 1975.