
EL MEDICO Y LA INFORMACION AL ENFERMO

José María Maya Mejía M.D.
Decano Facultad Medicina CES.

RESUMEN

La cultura y la formación científico-tecnológica del médico moderno, ha llevado a una escisión en la relación Médico-paciente. Se ha perdido parcial o totalmente el núcleo central de la relación que es la comunicación entre ambos. Se realiza un análisis de la información y comunicación con el paciente, a la luz del modelo de autonomía. Se presentan las características de un médico bien formado para comunicarse con el paciente, se trazan unas líneas a seguir en relación a la información al paciente y se presentan algunas estrategias para la formación del médico en tan importante quehacer de la práctica médica.

PALABRAS CLAVES

Información - Comunicación - paciente - médico.

SUMMARY

Culture and technological-scientific formation of our modern physician have broken patient-physician relationships. The core of this relationship, which is based on communication is virtually lost. Information and communication with the patient are analyzed under a model of autonomy. Some of the characteristics of a well trained physician are presented. Pathways in the information relationship are shown and finally some strategies on physician's education for adequate communication with patients are presented

KEY WORDS

Information - Communication - Patient - Physician.

INTRODUCCION

La práctica médica, tanto preventiva, diagnóstica como terapéutica, consiste en la continua toma de decisiones en condiciones de incertidumbre. Los modelos de unicausalidad ya no tienen cabida en la explicación de los

fenómenos bio-psicosociales y por ende, el determinismo ha quedado por fuera como posibilidad para fundamentar el quehacer médico. Incluso, la multicausalidad, como la coexistencia de diferentes "causas" que explicarían los problemas de salud, está en vía de ser rechazada.

Hoy se habla de estructuras causales, al interior de las cuales se producen fenómenos sinérgicos, cuyo conocimiento nos acerca con mayor o menor probabilidad, a la comprensión de los fenómenos del complejo salud-enfermedad y por ende, nos posibilitan la intervención en éste, con posibilidades de éxito diferentes.

Cuando el médico moderno comunica a su paciente un diagnóstico, le propone adoptar una medida preventiva o asumir una terapéutica, no lo hace con una certeza absoluta, sino que trata de acertar, teniendo a su favor, investigaciones o conocimientos consistentes y plausibles, que le permiten trabajar con una alta probabilidad de éxito. De ahí que en su actuar no tenga cabida, hoy en día, el dogmatismo ni la prepotencia de quien cree tener la verdad e ignora las probabilidades de error y las variables de confusión que pueden distorsionar su conocimiento de los problemas que aquejan a su paciente.

Educar al médico en los métodos de toma de decisiones, es una de las máximas responsabilidades de las instituciones médicas docentes. De este proceso dependerá no solo permitirles adoptar una posición científica, sino además una adecuada relación con el paciente dentro de un esquema de respeto por la autonomía.

EL ACTO DE INFORMAR.

El acto de informar hace parte fundamental de la relación médico-paciente. En ésta, como en todas las demás relaciones humanas, existe una dimensión comunicativa. No se puede hablar de relación cuando una sola de las partes (médico) asume una posición de

superioridad, envía una información filtrada, unidireccional y no posibilita el diálogo, el cuestionamiento y la posibilidad incluso de "una segunda opinión", cuando se están comunicando conclusiones o hipótesis, que pueden alterar la calidad de vida o poner en peligro de perderla al paciente.

El diagnóstico y el tratamiento, pueden conducirse también por medio de un examen tecnológico, y en silencio, pero estos actos solo logran su realización natural en una comunicación verbal entre el médico y el paciente. Sin el compartir el diagnóstico y el plan de tratamiento, la relación es incompleta, violatoria de la autonomía del paciente y puede ser ineficaz.

La veracidad en el diálogo y la buena voluntad para conversar, no son virtudes corrientes en el médico moderno. La verdad continúa creando dificultades a los médicos en ejercicio y la virtud de la veracidad no recibe la atención que merece ni en la formación profesional clínica ni en la formación ética. El profesional médico dispone de poco tiempo para conversar con el paciente, no ha sido preparado para propiciar un diálogo, teme la reacción del mismo ante informaciones "negativas", no se siente preparado para apoyar los procesos de elaboración de duelo de los diferentes pacientes y por ello, se refugia en los procesos tecnológicos y en la reducción al máximo, de su contacto directo con el paciente. Parecería que si este contacto pudiese realizarse a través de realidades virtuales o de instrumentos que no obligaran a un "cara a cara", sería mejor.

Surgen una serie de interrogantes en la comunicación con el paciente, que todo médico debería analizar, pensar y tomar decisiones al respecto. No es posible para los médicos seguir obviando la comunicación plena con el paciente, núcleo central de su relación. Algunos de estos interrogantes son:

Cómo comunicar al paciente el significado de sus problemas actuales?

Cómo mantener una comunicación eficaz durante el proceso de elaboración de la historia clínica y la realización del examen físico?

Cómo explicar el diagnóstico, el pronóstico y las alternativas terapéuticas?. Observese la expresión "alternativas terapéuticas", ya que no hay respeto por la autonomía del paciente, si no se presentan alternativas para decisión, así éstas solo sean, la aceptación o no de una terapéutica.

Cómo proteger la toma autónoma de decisiones, de

forma que estemos seguros que el paciente tome decisiones, de consentimientos informados?.

Si el médico logra dar respuesta adecuada a estas preguntas y actúa en consecuencia, estará sentando las bases para una adecuada relación con su paciente, a la vez que estará creando lazos, que permitirán la prolongación en el tiempo de la relación, la mayor satisfacción de ambos actores del proceso y una mejor calidad de la atención.

El tipo y calidad de la comunicación médico-paciente, tiende a variar dependiendo de la duración de los contactos previos, del estado del paciente y de la capacidad del médico para acercarse a él y a su familia. Si cada uno de los contactos con el paciente es tan efímero que no hay posibilidad de empatía ni de conocimiento y si se es incapaz de crear un vínculo o no se quiere crear y se mantiene una distancia con el paciente y su familia, seguramente tendremos una mala o nula comunicación.

VIRTUDES DEL MEDICO QUE INFORMA.

Hay una serie de virtudes que deberían acompañar a cada médico haciendo posible la creación de un ambiente propicio en la relación médico-paciente para establecer una excelente comunicación:

A. Respeto

Se requiere un profundo respeto por la persona del paciente, por su autonomía, por su carácter de ser humano y por ende de igual. Nos ha costado mucho aceptar el derecho del paciente, a tomar las decisiones que conciernen a su propia vida, mientras no afecten a los demás, aunque sean diferentes a las que nosotros consideremos las mejores decisiones.

B. Bondad

El médico bondadoso busca en todo momento el bien de su paciente y su mejor calidad de vida. Entiende que su misión es apoyar y consolar siempre y en ocasiones curar. La Bondad impele a respetar profundamente al paciente, a crear lazos, a propiciar un ambiente donde se puedan asumir decisiones con el menor trauma posible y a acompañar al paciente en el proceso de toma de decisiones informadas a partir de su propia visión de la vida, la salud y el sentido de su existencia.

C. Prudencia

Una información inoportuna, descarnada, fría, es un atropello al paciente. Una sana prudencia nos ayudará a buscar el momento propicio para comunicar resultados, nos permitirá hallar las palabras y los gestos que expresen bondad en estos momentos y nos permitirá conducir los procesos diagnósticos y terapéuticos con humanidad y tacto, buscando no solo no hacer daño, sino hacer el bien. En ocasiones hay que guardar transitoriamente silencio. Escuchar se vuelve, en estos casos, una forma apropiada de comunicarse y el silencio una invitación a relacionarse. Pero cuidado!. Hay silencios tan prolongados o acompañados de una actitud indiferente u hosca, que se convierten en un acto de agresión y crueldad.

D. Paciencia

La condición de paciente como aquel ser humano que aguanta, que espera, que no habla y que acepta todo lo que el médico diga y ordene, ha terminado. Hoy el paciente debe ser el prestador de los servicios de salud, uno de los cuales es el médico. Este debe entender lo que significa para el paciente y su familia muchas de las realidades de salud, debe comprender lo difícil que es para un ser humano, aceptar las limitaciones que impone la enfermedad o la proximidad de la muerte. Ser paciente, incluye, aceptar que el paciente tome su tiempo para asumir su nueva realidad y para tomar decisiones vitales sin coacción. No es fácil ser paciente cuando se ignora lo que el enfermo siente, vive, lo que espera y su dificultad para adaptarse.

E. Veracidad

La veracidad es la virtud que predispone al médico a alcanzar la clase de comunicación apropiada a la relación médico-paciente. Lo que dice el médico es una respuesta al interés, a las preguntas, a las necesidades y en general, a todo lo relacionado con el paciente.

La salvaguarda definitiva de la integridad de la persona del paciente es la fidelidad del médico a la confianza inherente del paciente que se acerca a él en busca de apoyo y orientación. Mucho depende de la forma como el médico presenta los hechos, que hechos selecciona y acentúa, cuanto revela, como pondera los riesgos y los beneficios y en que medida respeta o explota los temores y ansiedades de su paciente. Porque no puede olvidarse, que la información que brinda el médico, debe constituirse en un apoyo al ejercicio de la autonomía de parte del paciente y no en un medio de manipulación del mismo. Una información inadecuada, en lenguaje no comprensible o incompleta, puede impedir que el paciente asuma la toma de decisiones y

de consentimientos que realmente puedan llamarse idóneos o informados. Si hay manipulación con la información, no hay consentimiento informado y por ende, hay violación de la autonomía del paciente.

F. Amor

Sin amor por si mismo, por la humanidad, por el paciente y por la profesión, no podrá haber una adecuada relación médico-paciente. Si no se quiere lo que se hace, si se siente frustrado en su labor, si le molesta el trato con las personas, no podrá el médico crear en su relación con el paciente un espacio donde cada uno crezca como persona sin violar la autonomía del otro. El Amor, es una condición básica para humanizar la atención hospitalaria y ambulatoria y facilitar una alta empatía entre los actores de la relación médico-paciente.

DIRECTRICES PARA EL MANEJO DE LA INFORMACION.

Las siguientes pueden ser algunas de las orientaciones en relación al manejo de la información al paciente:

A. Si los pacientes tienen su capacidad de decisión sustancialmente intacta, deben recibir la información más completa posible.

B. Los pacientes con autonomía disminuida, deben recibir una información cautelosa. Las personas que asuman esta autonomía, deben recibir información completa, en especial, si ellos deben tomar la decisiones por la incompetencia del paciente. Pero cuidado!. No se es incompetente por el mero hecho de ser menor de edad, anciano, enfermo mental o indigente.

C. En caso de duda, se debe tener discreción y la decisión dependerá de una eficaz comunicación, que permitirá decidir la profundidad de la información. Es útil oír el concepto de colegas u otros profesionales que conozcan bien al paciente.

De todas formas, hay algo claro. La verdad debe decirse de manera benevolente, pero debe decirse. Benevolencia y prudencia, se combinan para hacer posible una veracidad que beneficie al paciente y que no sea hostil. Después de reflexionarse durante mucho tiempo sobre este tema, vamos llegando a una importante conclusión: LA RELACION MEDICO-PACIENTE NO PUEDE RESISTIR POR LARGO TIEMPO LA FALTA DE VERACIDAD.

EDUCACION MEDICA PARA UNA EXCELENTE COMUNICACION.

Las siguientes son algunas estrategias que buscan mejorar la preparación del médico para establecer una excelente comunicación centrada en el paciente.

a. Propiciar una buena formación humanística en las facultades de medicina. Por ésta entendemos no solo los cursos que brindan elementos para entender e interactuar con la cultura y el arte, sino la creación en las facultades de un ambiente propicio para una verdadera formación humana. Se trata entonces de creación de espacios para la cultura, la expresión personal, la vivencia de la ética y los valores, es decir, que todas las actividades universitarias (docentes y administrativas) reflejen una profunda humanidad y permiten al estudiante, docente y administrador, crecer como personas y consolidar sus proyectos de realización personal.

b. Profundizar en los cursos de Etica médica en el análisis de los modelos de responsabilidad y en el tema específico de la comunicación al paciente. Muchas de las fallas en este sentido se deben a que esta temática nunca ha sido puesta en común y analizada críticamente. No se es respetuoso, veraz y prudente de manera espontánea. Es el resultado de un proceso de formación personal, en el cual la universidad no es el único ni el principal agente, pero si tiene una importante responsabilidad. La actuación del médico debe partir de la asunción de su racionalidad y de la responsabilidad por las consecuencias de su actuación.

c. Diseñar en los curriculum, prácticas de acercamiento del estudiante al paciente. El objetivo de las mismas debe ser capacitarlo para iniciar una relación madura con el paciente. Deben dirigirse por médicos entrenados al respecto o por psicólogos con experiencia. Recomiendo que estén situadas al inicio de la semiología y deben ser previas a las prácticas hospitalarias.

d. Estimular y capacitar a los docentes para que de forma conciente asuman, un adecuado manejo de la información al paciente durante las diferentes rota-

ciones, de tal forma que el estudiante (futuro médico), aprenda a través del ejemplo e internalice un modelo adecuado de relación (curriculum oculto). Los docentes de práctica generalmente como profesionales y por ello, les cabe una gran responsabilidad en la conducción de estos procesos para lograr un proceso formativo que posibilite un actuar con humanidad y Etica.

e. Otorgar al interno, residente y docente, el tiempo suficiente en la asistencia para establecer un buen nivel de comunicación con los pacientes. En ocasiones, la organización del trabajo en los hospitales es tan inadecuada o la carga asistencial es tan grande, que no es posible disponer del tiempo para un trabajo de calidad; obviamente, puede disponerse del tiempo, pero si no hay una actitud adecuada, no será posible mejorar la comunicación con el paciente.

f. Una buena comunicación con el paciente, deberá formar parte de todos los programas de garantía de la calidad de las instituciones hospitalarias. Esta estrategia facilitará la formación del estudiante de medicina en un aspecto tan vital. Los Hospitales deberán terminar por convencerse, que sin una adecuada relación médico-paciente y por ende, sin el espacio, las condiciones y el apoyo para una excelente comunicación entre éstos, no es posible una atención de calidad. Esta es un requisito, sine qua non, los hospitales no podrán mejorar la satisfacción de sus pacientes y cualificarse en la atención.

CONCLUSION

La formación de un médico capaz de manejar adecuadamente la comunicación con el paciente, dependerá de la capacidad de las Facultades de Medicina para proporcionar a los estudiantes, las vivencias y conocimientos que los capaciten para interactuar maduramente con los pacientes desde el inicio del contacto con los mismos y de la creación, de parte de Hospitales y clínicas donde se vive a diario el contacto con los seres humanos que sufren, del nicho que posibilite una relación médico-paciente de calidad.

BIBLIOGRAFIA.

* Beauchamp, Tom y MC Gullough. Etica médica. Las Responsabilidades morales de los medicos. Labor, Barcelona, 1987.

* Castillo V, Alfredo. Etica Médica ante el enfermo grave. Jime S.A, Barcelona, 1986

* Lain Entralgo, Pedro. La relación médico-enfermo. Historia y teoría. Revista de Occidente, Madrid, 1984.

* Sporken P. Medicina y Etica en Discusión. Verbo Divino, Navarra, 1973.

* Vélez, Luis A. Etica Médica. Prensa Creativa, Medellín, 1988