

## LA RELACION MEDICO PACIENTE (RMP) EN LOS ENFERMOS TERMINALES

*Aporte de los Servicios de Cardiología, Nefrología y Oncología: pacientes para trasplante cardíaco, renal y médula osea e incurables.*

*Participaron en la elaboración de estas ideas los Dres. J. de Arteaga (Nefrología), Dr. M. Amuchástegui (Cardiología), E. Palazzo (Oncología), Lic. M. del C. Neira (Psiquiatría), padre Andrés (Sacerdote) y las Sra. Carlota López Achával y Lydia de Sipowicz, del Ministerio del Alivio.*

Si bien los pacientes y profesionales pertenecen a servicios distintos, ellos comparten ciertas características:

- La percepción por parte de pacientes y familiares de enfrentarse a una enfermedad incurable, muchas veces terminal.

- La búsqueda por parte de ellos, en estos grupos médicos, de gestos terapéuticos espectaculares de escasa oferta en el medio (trasplantes, diálisis, quimioterapias complejas).

- La necesidad de tomar decisiones con consecuencias importantes sobre la calidad de vida, la familia, e incluso, la vida misma.

- La presencia de la muerte próxima o probable, percibida por pacientes, familiares y equipo de salud.

- La falta muchas veces de resultados positivos de los tratamientos efectuados, para una cultura del éxito o de la infabilidad médica.

- La relación simbiótica o "cautiva" que se establece entre pacientes y profesionales una vez iniciado el tratamiento.

Con distintos matices los profesionales reconocen en sus pacientes distintas etapas, o momentos de la relación frente a la enfermedad, que condiciona en parte la RMP: negación, enojo, fantasías, depresión, aceptación. Por otra parte los pacientes llegan y se comportan frente a estas enfermedades con las características de personalidad con que han vivido: reflexivos, miedosos, racionales, "vulgares", agresivos.

Por parte de los profesionales variadas actitudes: paternalismo, "profesor distante", autoritario, indiferente. El profesional enfrenta en definitiva a su paciente con su propias circunstancias: personalidad, experiencia, conflictos, mecanismos defensivos propios.

Existe un consenso en todos los participantes del grupo respecto a la necesidad y obligación de brindar información veraz al paciente, considerado por algunos de los participantes como un principio axiomático, que debe incluso forzarse sobre el paciente. Sin embargo una encuesta realizada en pacientes oncológicos reveló que si bien los pacientes eran informados adecuadamente sobre el diagnóstico, persistían elementos de negación y quizás de ocultamiento en aspectos igualmente importantes como ser el pronóstico y las perspectivas del tratamiento. De la encuesta realizada no se podía establecer si esta desinformación del paciente, y generalmente de la familia, se debía a mecanismos de negación del paciente o a dificultades del médico para informar. Tampoco se podía abrir juicio sobre el impacto de esta situación sobre la forma de enfrentar la misma, y si favorecía los mecanismos adaptativos y de control de angustia.

Algunos miembros del grupo, y particularmente las personas consultadas mas comprometidas con creencias religiosas, hacen particular hincapié en la crisis que observan en la RMP en lo que respecta a la consideración del paciente como "persona". Sienten al médico encasillado en un enfoque "técnico" del problema, olvidando que enfrenta a una persona, en quien la enfermedad es generalmente expresión de su cuerpo y de su parte espiritual. El enfoque terapéutico a realizar, tenga éste éxito, y sobre todo si no lo tiene, exige tener en cuenta y profundizar en estos aspectos espirituales.

Existe consenso que la RMP en la actualidad no es ajena a los problemas de la época: falta de tiempo, problemas económicos, falta de libertad en la elección de médicos y pacientes, aumento de la litigiosidad real o potencial, relajamiento de ciertos principios éticos tradicio-

---

nales.

Los cambios culturales y sociológicos producidos alejan a la medicina actual de modelo paternalista, llevándola hacia la valorización de la autonomía del paciente. Este modelo seguramente mas inclinado a preservar los derechos de los pacientes a ser informados adecuadamente, para poder así participar en las decisiones vinculadas a su salud, presenta riesgos: por ejemplo la implementación sistemática y compulsiva de modelos de consentimiento informado, a veces motivado por una necesidad de protección del profesional frente a la litigiosidad reinante, puede no ser oportuno, ni adecuado, para el paciente en particular. Por otra parte frente a situaciones particularmente dramáticas, y súbitas, como un diagnóstico de enfermedad neoplásica en un niño, o de un paciente joven, la actitud paternal, firme, del profesional actuante, podría ser de ayuda al paciente o familiar en esta situación.

La falta de una adecuada RMP impactaría incluso la calidad de la atención técnica brindada, dado que favorecería en los pacientes el incumplimiento de las indicaciones médicas (falta de “compliance”), la automedicación y la búsqueda de medicinas alternativas o no ortodoxas, tan frecuentes, particularmente en oncología.

Se plantea la inquietud de si el paciente se debate entre la mencionada tendencia a resaltar la autonomía y derechos del paciente a ser informado objetivamente de su problema para que pueda tomar la decisión que cree más conveniente, y la persistencia de necesidades de pensamientos mágicos, irracionales, que se expresarían en que el 50 % de los pacientes encuestados en oncología afirman recurrir a medicinas alternativas no ortodoxas.

Una mención especial merece la situación que se enfrenta con los pacientes en quienes la expectativa del recurso heroico, como los trasplantes, se ve frustrada por imposibilidades de origen médico (como falta de un dador posible u oportuno), y sobre todo por eventuales dificultades administrativas. Evitar esta desgraciada situación impone a los profesionales la necesidad de mesura y prudencia al formular las estrategias terapéuticas y su factibilidad.

La naturaleza de las situaciones médicas manejadas

por los integrantes de este grupo de trabajo resalta seguramente el valor que adquiere la RMP en este contexto (pacientes con enfermedades incurables, crónicas, mortales), en donde una valoración y adecuado conocimiento de la persona -enfermo se torna indispensable para el ejercicio del acto médico. Quizás debemos considerar lo que el Dr. Isaac Luchina llama un salto epistemológico de la “enfermedad” al “enfermo”, personalizando la atención médica y considerando aspectos globales de la persona enferma. Esto permitiría acortar la distancia que a veces se establece entre el criterio médico de eliminar una enfermedad y el concepto o necesidades de salud del paciente.

Preocupan las dificultades que se avizoran al intentar compatibilizar esta medicina “personalizada” con la imparable tendencia mundial de protocolos, estandarizaciones, costo-beneficio, reducciones de costos, e importancia creciente en la toma de decisiones por parte de administradores y empresas.

El manejo de la información, particularmente en esta población de pacientes, constituye un problema cotidiano y un ingrediente fuerte en la RMP. Si bien en los últimos 20 años se asiste a cambios importantes en la disposición de los profesionales a brindar información a paciente y familiares, en especial de aspectos diagnósticos, la información parece incompleta en lo que se refiere a aspectos pronósticos y de algunos aspectos de los tratamientos sugeridos o efectuados. Una completa información comprendida claramente por el paciente impone a familia y profesionales responsabilidades de afrontar nuevas y difíciles situaciones, muchas veces eludidas.

Las dramáticas circunstancias de la enfermedad terminal, el ocaso de una vida, de un proyecto, manejado dentro de un contexto de RPM ideal, debería ayudar al paciente y su familia a elaborar positivamente la experiencia, y reemplazaría el frecuente “no hay nada más que hacer” por una experiencia dolorosa pero inevitable, seguramente con “mucho por hacer”.

El manejo y la forma de afrontar relaciones interpersonales en situaciones difíciles, como las que presentan los pacientes de este grupo, se encuentra librada a profe-

sionales que no hemos sido preparados, por lo general, técnicamente para ello. Lo hacemos con nuestro muy limitado bagaje de conocimientos teóricos, escasa práctica adecuadamente supervisada en situaciones de este tipo, heterogéneas lecturas autodidactas y fundamentalmente con nuestra personalidad y particular forma de ver los problemas. Así como parece imprescindible considerar actualizaciones de contenidos de enseñanza en lo que respecta a aspectos de biología molecular y ciencias básicas para que nuestro estudiantes afronten la medicina de hoy, quizás debemos considerar reforzar en el currículo médico la formación de aspectos éticos, humanísticos y psicológicos.

#### **Bibliografía consultada**

*Alvarez, H. Neira, M. del C. y Palazzo, E. Aspectos sicosociales en el paciente oncológico. Experiencia Médica 10:4, 1992.*

*Marsillac, S. de. La comunicación de la verdad en cancerología. En Impacto psicológico del cáncer. Editorial Galerna, 1978.*

*Krant, Melvin, en Cancer, the behavioral dimensions. Raven press, New York, 1974.*

*Kubler-Ross, E. sobre la muerte y los moribundos. Editorial Grijalbo, 1972.*

*Luchina, L. La relación-médico paciente en cancerología. En Psicología y cáncer. Editor Schavelzon, J., Editorial Hormé, 1965.*

*Schavelzon, J. Paciente con cáncer. Editorial Científica Interamericana, 1988.*



*Lo que hagas sin esfuerzo y con presteza,  
durar no puede, ni tener belleza  
Plutarco*