



Libros Virtuales IntraMed



Modelos de relación médico-paciente

“... 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 comprender al hombre, penetrar todo lo trágico de su destino: hazte médico hijo mío”.

Consejos de Asclepio - (128-56 aC)
Dios griego de la Medicina
(Esculapio para los romanos)

“Donde hay amor al hombre en cuanto hombre, (“philantropie”), hay también amor al arte de curar (“philotekhn e”).

Hipócrates

Contenidos :

Este capítulo está orientado a definir y conceptualizar la comunicación humana en la medicina y también a desarrollar los modelos de relación médico-paciente cuyos aportes consideramos más útiles para los miembros del equipo de salud.

Ellos son :

- 1-El modelo de la relación cuasi diádica de Pedro Laín Entralgo, con su definición del fundamento de la relación y los momentos de la misma.
- 2-El modelo interaccional, que se centra en las relaciones, las interacciones y el contexto.
- 3-El modelo de King, postula que en la relación enfermero/a-paciente, las interacciones est n constituídas por secuencias de percepción-juicio-acción que se retroalimentan.
- 4-El modelo de Leary, que analiza los ejes dominación-sometimiento, amor-odio.
- 5-El modelo de Hollender, que considera la relación desde las posiciones actividad-pasividad, dirección-cooperación, participación mutua y recíproca.
- 6-Modelos de la bioética. Conceptos de  tica, moral, bioética. Principios y reglas. Modelos de Robert Veatch : de la ingeniería, sacerdotal, colegial, contractual.

I-La comunicación : conceptos básicos

La comunicación es un proceso complejo y multidimensional que puede tener una gran variedad de significados.

En principio y en un sentido muy amplio, podemos decir que la comunicación es un fenómeno que involucra la transmisión de información desde una fuente emisora hacia un receptor. Para que la información sea transferida exitosamente debe existir un código compartido entre ambos polos.

La comunicación entre las personas es una variedad de comunicación que tiene características propias como la interacción y la

utilización de un lenguaje simbólico.

Es un proceso dinámico, durante el cual se producen cambios.

Involucra tanto afectos como datos y también influyen en él las personalidades de los involucrados en dicho proceso.

Finalmente, la comunicación humana en medicina, podría considerarse como una variedad más específica relacionada con la forma como las personas manejan las situaciones que tienen que ver con la salud .

La comunicación humana es el resultado de una compleja inte-

racción entre factores neurofisiológicos, psicológicos y socio-culturales.

Este texto está dirigido a analizar los aspectos psicosociales y por lo tanto no se desarrollarán los aspectos biológicos del fenómeno que se estudia.

En síntesis:

Los diversos investigadores que trabajaron sobre este tema coinciden en que la comunicación humana se caracteriza por ser un proceso transaccional y multidimensional.

Al decir que es un proceso significamos que no se trata de una acción estática, sino más bien de desarrollo y cambio.

Lo transaccional se refiere a la influencia recíproca.

Lo multidimensional corresponde a las diversas dimensiones involucradas como la dimensión contenido, constituida por las palabras que se utilizan en la particular situación de la relación con el médico o cualquier miembro del equipo de salud, el lenguaje y la información que se transmite.

La dimensión relacional se refiere a los aspectos del mensaje que tienen que ver con la forma de vinculación de las personas involucradas.

Cuando las relaciones entre las personas son conflictivas, la dimensión relacional adquiere más importancia que los contenidos del mensaje.

Por el contrario, cuando no lo son, los contenidos adquieren mayor significación.

Una pregunta o una observación puede ser percibida de un modo muy persecutorio o no serlo en absoluto, según el estilo relacional.

Es decir, el significado del mensaje depende del interjuego entre su contenido y las relaciones entre las personas participantes.

II- Modelos de relación médico-paciente

II.1-Modelo de Laín Entralgo

Pedro Laín Entralgo, eminente médico español autor de libros tradicionales como "La relación médico enfermo" y "Enfermedad y Pecado", no analiza esta relación desde la comunicación humana tal como la definimos en el párrafo anterior: para él dicha relación consiste en un encuentro entre dos personas, una de ellas, el enfermo que necesita ser ayudado a recuperar su salud, el otro, el médico que está capacitado para brindar esta ayuda.

Plantea por lo tanto que esta relación está fundada genéricamente en lo que él llama el "binomio menester-amor",

en tanto que el fundamento específico tiene que ver con las características con las cuales se concreta esa necesidad de ser ayudado/ayudar .

Por lo tanto, en esta concepción todo enfermo puede básicamente ser considerado como un carenciado y todo médico tiene como función satisfacer dicha carencia en un acto que primordialmente es afectivo, mientras que la forma en que ese encuentro se lleva a cabo es variable y depende de las circunstancias culturales, científicas y técnicas propias de cada época y de cada lugar.

Establece que en el desarrollo de la relación existen momentos a los que define como momento cognoscitivo, operativo, afectivo y ético religioso:

1-El momento cognoscitivo

Se refiere a la etapa del diagnóstico, que para este autor equivale al modo de conocer del médico.

El diagnóstico se realiza en el marco de una relación, que a su vez está inserta en una sociedad determinada. Por lo tanto, el autor se pregunta primero por la naturaleza de la vinculación que se establece entre el médico y el enfermo, que como todas las relaciones humanas puede ser objetivante o interpersonal.

Explica que las relaciones duales o dúos, son objetivantes y se caracterizan porque las personas que las establecen lo hacen por un interés común pero exterior a cada uno de ellos. Un ejemplo es el de una sociedad para un fin determinado, un "negocio con participación de ganancias" .

Las relaciones diádicas o díadas, son interpersonales y el interés que convoca a los participantes es común e interno a cada uno de ellos, pertenece a su intimidad, tal como ocurre en la relación de la madre con el hijo, en la amistad y en el amor.

Laín Entralgo propone denominar a la relación médico enfermo como "cuasi diádica" porque compartiría algunas características con la díada, ya que el interés que une a ambos miembros de la relación es común y está representado por el deseo de la recuperación de la salud perdida, pero el que padece el problema es el enfermo y no el médico, es decir es interno para uno y está fuera del otro.

Considerando estas conceptualizaciones, cuando este autor define el momento cognoscitivo diciendo que el "diagnóstico médico es la configuración cognoscitiva de una relación cuasi diádica entre el médico y el enfermo" , quiere significar que el diagnóstico médico surge del encuentro y la interacción entre dos personas entre las que se establece una muy particular forma de relacionarse, sin olvidar además la cultura en la que ambas están inmersas.

No es, por lo tanto, un acto individual del médico que con sus conocimientos científicos nombra, designa, enuncia lo que

padece una persona enferma, sino una interacción donde el concepto de salud y enfermedad de la época en que se vive todo lo impregna, interacción en la cual participan el enfermo con sus concepciones y emociones y el médico con las suyas, siendo la resultante dicho diagnóstico médico.

2-El momento operativo

Se refiere a la actividad terapéutica del médico que, como sabemos, no corresponde únicamente a la prescripción de los medicamentos sino que comprende todo su accionar, desde la escucha empática del inicio, hasta el saludo final.

La acción terapéutica comienza cuando el paciente decide pedir la consulta, antes del encuentro propiamente dicho y no terminará hasta el alta. El momento del diagnóstico también es terapéutico.

Laín Entralgo insiste también aquí, en la cualidad del hombre como ser social y plantea que es importante considerar el tratamiento como un acto social y el alta como un juicio, que devuelve al enfermo al seno de la sociedad con la designación de ser un hombre sano.

3-El momento afectivo.

Este autor plantea que existen tres formas de vinculación afectiva entre el médico y el paciente: la camaradería médica, la transferencia y contratransferencia y la amistad médica en sentido estricto.

En la camaradería médica, tanto el médico como el paciente, aspiran a solucionar la enfermedad y lograr la salud, pero con poco compromiso personal.

El paciente, si es curado, estará agradecido y vinculado afectivamente a su médico, aunque con poca profundidad, por el servicio que éste le prestó.

En la amistad médica, lo característico es la confianza por la cual el paciente puede hacerle confidencias a su médico acerca de sus más íntimos pensamientos y emociones.

Por parte del médico lo fundamental es la beneficencia, como intención de "hacer el bien" a su paciente, teniendo en cuenta que el bien buscado es la salud.

La relación en este caso es tanto técnica como afectiva.

En cuanto a la transferencia y contratransferencia, estos temas se tratan en el capítulo V ("Aspectos psicoterapéuticos de la relación médico-paciente").

Estos conceptos desarrollados por el psicoanálisis, se refieren en sentido estricto a los aspectos inconscientes de la relación psicoanalista-paciente.

Por esta razón Laín Entralgo postula que el afecto involucrado es máximo en la transferencia, de menor intensidad en la amistad médica y mucho menos profundo e intenso en

la camaradería médica.

4--También la ética y la religiosidad tiñen esta relación de un modo singular distinto para cada sujeto humano.

El autor postula que tanto lo ético como lo religioso son inherentes al hombre y por lo tanto en el hombre enfermo y en el médico relacionado con él, ambos aspectos también están presentes.

Aunque en las rutinas cotidianas la ética se enmascara, nunca está ausente el carácter "moral" del acto médico, sea éste moral, inmoral o amoral. (Ver principios y reglas de la bio-ética).

En cuanto al enfermo, el "para qué" de su deseo de estar sano, el considerar la salud como medio para vivir o como un fin en sí mismo, son evidencia de dicho carácter ético.

Los médicos, como veremos al hablar acerca de los modelos de la bioética, se rigen por principios y normas en su trato con las personas que los consultan.

Los momentos que describe Pedro Laín Entralgo, no deben concebirse como siguiendo una secuencia temporal, sino como un despliegue de diversos aspectos que a veces son simultáneos y otras sucesivos.

II.2-Modelo interaccional

Surge de una síntesis entre algunos postulados de la psicología social con los de las teorías de la comunicación.

Las teorías de la comunicación en psicología, comenzaron a desarrollarse a finales de la década de 1960 sobre la base de la teoría matemática de las comunicaciones publicada por Shannon en 1948, aunque ya previamente se habían realizado trabajos sobre la transmisión de la información a grupos sociales.

Autores prominentes como Bateson G., Collins M., Watzlawick P.J., Rogers C., Ruesch K. y muchos otros sentaron las bases de diversos modelos de comunicación utilizados para comprender las relaciones humanas y específicamente las que se desarrollan entre el paciente y el médico o cualquier otro profesional del equipo de salud.

Postulaban que la comunicación caracteriza básicamente a un sujeto humano que vive en sociedad y describían la existencia de tres modalidades comunicacionales: la intrapersonal, la interpersonal y la social.

Otro aporte de gran importancia consistió en sostener que la comunicación no es un acto de intercambio de información sino que constituye un proceso en el cual los sujetos involucrados se retroalimentan en un contexto que cambia de modo permanente.

Es decir, que la comunicación está conformada por el con-

tenido (la información), las relaciones entre los participantes del acto comunicacional y los sentimientos y emociones involucrados en la interacción.

Se comprende, por lo tanto, que el proceso comunicacional en la relación entre el paciente y los profesionales de la salud es multidimensional.

Existen numerosos modelos en los cuales se aplica este paradigma.

El que presentamos aquí propone el análisis de las relaciones, las interacciones y el contexto, en la relación médico-paciente.

A-Relaciones:

Han sido definidas en un sentido muy amplio como "todos los aspectos psicosociales que dependen de las características del rol que se está desempeñando". (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967).

El concepto de rol que se incorpora y completa este modelo, fue en realidad el que la psicología social tomó en su momento del arte dramático y unió a la concepción de actitud y posición o status, de tal forma que el rol o papel corresponde a las actitudes de las personas según la posición que ocupan.

Desde esta visión, las relaciones que se establecen entre las personas pueden ser clasificadas como:

1-Complementarias: cada uno de los miembros desarrolla, funciones o actitudes que son asimétricas y que no compiten, ni se oponen, ni son contradictorias con las del otro, sino que, más bien, se articulan en una resultante común

El control es desigual: uno de los miembros ejerce más control y el otro, menos.

En el modelo médico clásico, el control lo ejerce el médico, el paciente acepta dicho dominio.

Estas relaciones son estables, eficientes y predecibles.

No se pierde tiempo negociando porque cada uno sabe cuál es su cuota de poder de decisión.

Por otra parte, el miembro con menor poder queda sometido y está menos libre de ejercer su decisión y autonomía.

2-Simétricas : en esta modalidad no existe la desigualdad. Las funciones tienen el mismo valor. La relación es de cooperación mutua.

El control se reparte por igual entre los participantes.

Ante cada cambio de situación debe redefinirse quién tiene el control.

En medicina las relaciones entre profesionales suelen ser simétricas . Ello permite compartir ideas, responsabilidades y

decisiones .

3-Paralelas: son relaciones cuyos objetivos no son comunes.

El control se transfiere permanentemente entre los participantes.

Este tipo de relación puede virar entre ser complementaria y simétrica.

Los miembros de la relación distribuyen el control en algunas áreas y lo comparten igualmente en otras.

La relación médico-enfermera es un ejemplo de esta modalidad.

La enfermera tiene pleno control en las áreas de cuidado y el médico en las decisiones diagnósticas y terapéuticas.

Este tipo de comunicación es más flexible y con menor tendencia a los malentendidos.

Entre los médicos, este modelo se da cuando el control se asume o se abandona en manos de un colega, según las circunstancias, como ocurre en los equipos multidisciplinarios o en la interconsulta.

El modelo interaccional propone el análisis de cuatro tipo de relaciones que considera las más trascendentes en medicina:

1. La del médico con el paciente.
2. La del médico con el familiar o con la persona que ocupe tal lugar.
3. La de los profesionales del equipo de salud entre sí.
4. La del enfermo con su familia o con la persona que ocupa un lugar significativo en su vida.

La forma cómo se tratan, escuchan y valoran los miembros de cada una de estas relaciones tiene que ver con la posición que ocupan dentro de éstas y con las características del papel que desempeñan. (Ver el capítulo II: "Aspectos comunicacionales de la relación médico-paciente").

B-Interacciones :

Son las acciones y los afectos recíprocos que acontecen entre los miembros del equipo de salud e incluyen tanto comunicaciones verbales como no verbales.

La coherencia entre ambos tipos de comunicación facilita la mejor comprensión del mensaje.

Dichas interacciones son un proceso dinámico que se desarrolla y cambia en el tiempo.

Dependen de las características de los individuos involucrados.

(Ver Capítulo III: Comunicación no verbal y Capítulo V: Aspectos psicoterapéuticos de la relación médico-paciente).

C-Contexto :

Está representado por el ambiente donde tiene lugar la interacción entre el médico o el profesional de la salud y el enfermo acompañado por su familia, pareja o amigos.

Las cualidades propias de cada lugar condicionan en parte la conducta humana.

El tono de la voz, la actitud corporal y la gestual que se expresan en un consultorio médico no son iguales a los que pueden observarse en el servicio de emergencias médicas, en un mostrador de informes o en una unidad de terapia intensiva.

Los colores, los sonidos como las alarmas de los instrumentos y aparatos, las precauciones y normas de bioseguridad son distintos en los diferentes ámbitos y predisponen a ciertas particularidades del comportamiento.

Algunos ámbitos favorecen una sensación de privacidad y serenidad mientras que otros pueden ser activadores y generar alerta y ansiedad.

II.3-Modelo de King

I.M.King desarrolló en la década de 1970, un modelo de relación enfermera/o-paciente, centrado en la comunicación e interacción desde una perspectiva sistémica.

Analiza las interrelaciones entre los sistemas personales, interpersonales y sociales y si bien describe cada uno de dichos sistemas, se centra en los aspectos interpersonales.

Postula que, cuando el paciente y el/la enfermero/a se encuentran perciben aspectos del otro, que dichas percepciones constituyen el fundamento de juicios acerca del interlocutor, que finalmente culminarán en acciones, verbales y/o no verbales. Dichas acciones generan nuevas percepciones, juicios y acciones.

Esta secuencia se repite mientras dure la interacción.

Los factores situacionales y las características de la enfermedad que se padece influyen en este proceso interaccional.

II.4-Modelo de Leary

Leary desarrolló un modelo de interacción humana recíproca en 1955, sobre la base de la observación empírica de los diversos acontecimientos que tenían lugar durante los tratamientos psicoterapéuticos que él efectuaba.

Se trata de una propuesta de gran simplicidad y de fácil aplicación en medicina.

Plantea que en la interacción las personas actúan sobre dos ejes :

1-Dominación – Sometimiento :

Postula que el adoptar una de estas actitudes determina en la otra persona la asunción de la contraria.

2- Amor – Odio:

El asumir una de estas actitudes estimula en el interlocutor otra del mismo signo.

Es decir, que cuando el médico u otro miembro del equipo de salud actúa de un modo autoritario o paternalista, estimula en el paciente actitudes de pasividad y sometimiento. En cambio, en lo que a los afectos se refiere, el buen trato estimula respuestas amables y el maltrato, respuestas agresivas.

II.5-Modelo de Hollender

Se trata de un modelo centrado en las actitudes que tanto los médicos como los pacientes pueden adoptar en el transcurso de la enfermedad.

1-Este autor plantea que existen situaciones en las cuales el enfermo, por la gravedad de su estado se comporta, con conciencia o sin ella, con mayor pasividad, tal como ocurre en las urgencias, los comas, los cuadros confusionales, en la cirugía etc.

En estas circunstancias el médico debe ser activo.

El prototipo de este estilo relacional sería la relación entre la madre y el lactante.

2-Cuando la enfermedad es aguda, la forma adecuada es que el médico asuma la dirección del tratamiento con la cooperación del paciente, tal como ocurre en la relación padre-hijo.

3-En las enfermedades crónicas y en todas aquellas circunstancias en las que deba ponerse en funcionamiento una estrategia de rehabilitación, la forma más adecuada de llevar esto a cabo sería con una relación de participación mutua y recíproca según un modelo adulto-adulto.

Este modelo plantea que tanto el comportamiento del médico como el del paciente dependen del tipo de enfermedad que este último padezca, del momento evolutivo de la misma y de las particulares circunstancias que se estén atravesando.

Cuando, frente a una situación de gravedad del paciente en la cual éste no puede sostener su autonomía, su médico se comporta como si el enfermo tuviera que ser activo, la conducta médica es obviamente inadecuada.

También lo es la conducta del paciente que pretende continuar en una situación de pasividad cuando las circunstancias ya han cambiado y se necesita su mayor participación y actividad.

II.6 – Los modelos de la bioética

Son aquellos que se definen según los principios de esta disciplina.

Es importante entonces comprender el por qué de su surgimiento.

El extraordinario avance científico y tecnológico que tuvo lugar en el siglo pasado, sobre todo a partir de la segunda mitad, enfrentó a los médicos y a los enfermos con situaciones muy complejas que requerían diálogo y reflexión.

Temas tales como el progreso en el trasplante de órganos y tejidos, el desarrollo de la diálisis renal, las técnicas de fertilización asistida, los úteros subrogados, la donación de gametos, la clonación animal y humana, las investigaciones genéticas, las medicaciones abortivas, los órganos artificiales etc. promovieron y promueven el intercambio de ideas y la necesidad de tener que definir posiciones frente a situaciones que plantean dilemas éticos.

Un dilema ético tiene lugar cuando los principios que se pretende defender entran en conflicto entre ellos, de tal forma que cada uno sólo puede ser protegido en desmedro del otro.

Pero, además del progreso mencionado, durante el transcurso del siglo XX, luego de la Segunda Guerra Mundial y de los terribles episodios de los campos de exterminio creados por el régimen nazi y de la destrucción de Hiroshima y Nagasaki, la preocupación por los derechos de las personas comienza a instalarse en el mundo occidental, tal cual ocurrió en EE.UU. más tarde, en 1960, con los movimientos por los derechos civiles de las minorías.

Esto trajo aparejado que la preocupación por los derechos humanos se extendiera al mundo de la medicina y de lo médico, iniciándose una era en la que comenzó a ponerse en tela de juicio el modelo paternalista de la relación médico-paciente, instalándose un debate acerca de los derechos de las personas enfermas a ser informadas y a tomar sus propias decisiones, entre ellas la de hasta cuándo vivir o luchar activamente por la vida.

Se inicia así el desarrollo de la bioética que se ocupa de la reflexión acerca de los dilemas éticos que se plantean en la práctica de la medicina y de las ciencias biológicas, de acuerdo a reglas que guían y justifican el accionar en cada caso particular y principios que son enunciados más generales y constituyen el fundamento de las reglas.

Dichos principios son :

- ❖ Respeto por la autonomía: las personas tienen derecho a decidir por ellas mismas.
- ❖ Beneficencia : buscar el bien del paciente.

- ❖ No maleficencia : no dañarlo, no exponerlo a riesgos innecesarios.
- ❖ Principio del doble efecto: cuando las acciones que el médico realiza o indica pueden tener buen y mal efecto, se acepta que se realicen si lo que se intenta lograr es el buen efecto.
- ❖ Justicia: todas las personas tienen la misma oportunidad de recibir la atención médica que necesitan.

Las normas morales básicas involucradas:

- ❖ Veracidad: sustenta la confianza que, a su vez, es uno de los pilares de la alianza terapéutica.
 - ❖ Este principio es nuevo en la historia de la medicina.
- Tradicionalmente el médico “protegía” a su paciente del sufrimiento ocultándole malas noticias.
- ❖ Confidencialidad: éste es un principio muy arraigado en la tradición médica. Promueve la confianza. Este principio puede ser infringido cuando se trata de prevenir riesgos o daños graves a terceros.

Recordemos que la ética, se ocupa de reflexionar acerca de la moral y los problemas morales y que su fin “no es el conocimiento de la virtud sino el llegar a ser virtuoso”

La moral es el conjunto de reglas y normas reales o ideales que rigen la conducta .

Acuerdos Internacionales:

Existe un Código Internacional de Ética Médica, aprobado por la Asociación Médica Mundial en el año 1949 que fue enmendado en 1968 y 1963.

Acerca del Consentimiento Informado el Código de Nuremberg de 1947 establece que el consentimiento informado del sujeto experimental humano es absolutamente esencial.

La persona involucrada tendría que tener capacidad legal de consentir, ser capaz de ejercer el libre poder de elección sin que interviniera ninguna forma de coerción y debería tener los conocimientos y la comprensión suficientes acerca de la materia involucrada, como para ser capaz de tomar una decisión con comprensión y claridad acerca de lo que esa decisión significa.

La Declaración de Helsinki consistente en recomendaciones para los médicos que realizan investigaciones biomédicas en seres humanos, se aprobó en 1964 y se modificó en 1975, 1983 y 1989.

La Declaración de Ginebra de 1948, enmendada en 1968, 1983 y 1994 incorporó al Juramento Hipocrático el compromiso de no discriminación por edad, estado de salud, credo,

origen étnico, sexo, nacionalidad, convicciones políticas, orientación sexual o posición social.

Los modelos de Robert Veatch (1972)

Este autor describe modelos de relación médico-paciente tomando como parámetros de referencia las reglas y principios que propone la bioética.

El modelo de la ingeniería : “El médico mecánico”

Describe aquellas relaciones en las cuales el médico actúa como un técnico y los enfermos acuden a él para que “repare” su organismo malfunctionante.

El médico ha sido instruido como “científico” para realizar dicha reparación.

Se espera de él que actúe con eficiencia e idoneidad y los temas que corresponden a otras categorías del conocimiento no le incumben ni deben interferir en su tarea.

El paradigma que fundamenta este accionar considera al hombre como una máquina orgánica y, por lo tanto, el médico se forma para reparar el daño o atenuar la disfuncionalidad cuando no puede hacer otra cosa.

El médico diagnostica y propone un tratamiento.

El paciente toma la decisión.

El médico no se siente responsable ni comprometido .

Actúa verazmente.

“El paciente tiene derecho” = Principio de Autonomía

El modelo sacerdotal : “El médico sacerdote”

El médico se ocupa del “bien” de su paciente y en pos de ese bien actúa vulnerando intencionadamente su autonomía si, según su criterio, es necesario hacerlo.

Aquí el médico diagnostica y decide el tratamiento mejor para su paciente, sobre la base de él, sea por sus conocimientos, su estado emocional o por su situación social, no está en condiciones de hacerlo por sí mismo.

Beneficencia-No Maleficencia versus Autonomía-Veracidad

El valor fundamental es hacer el bien y no dañar aunque la autonomía se vulnere en pos de esos objetivos.

La concepción que fundamenta este accionar es el paternalismo.

Esta forma de relación es antigua en la Medicina y expresamente establecida desde Hipócrates:

“Estableceré el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechoso, según mis facultades y mi entender, evitando todo mal y toda injusticia”

“En cualquier casa que entre no llevaré otra cosa que el bien de los enfermos.”

(Juramento Hipocrático)

El modelo de los colegas: “El médico socio”

Cuando el médico y el paciente se comportan como socios, sin asimetría en el rol.

Las decisiones son compartidas.

La responsabilidad también se comparte.

Sin embargo el diagnóstico sigue estando en manos del médico aunque éste quiera hacer participar en él al enfermo, salvo cuando el paciente es a su vez un colega que sigue funcionando como médico, lo cual trae aparejado otros problemas.

El modelo contractual

En este caso se considera que el contrato que se establece es una concertación o acuerdo orientado al tema que motiva el encuentro que es la salud del paciente.

El diagnóstico lo realiza el médico y, si bien el que decide es el paciente, la responsabilidad es compartida.

Existe respeto por la autonomía del paciente al que se informa para que pueda decidir con fundamento.

Este modelo es el que parece más adecuado según los principios prevalecientes hoy en día, pero es importante considerar que “el contrato” que se establece con el paciente lo es desde el punto de vista de lo conciente.

Los aspectos implícitos y los no concientes influyen en las decisiones pero no son considerados, porque el paciente mismo no advierte dichos aspectos y el médico no tiene formación para registrarlos.

Hay que considerar que lo que los pacientes saben de su enfermedad, no es resultado exclusivo de lo que les informa el médico.

Haber informado al paciente no garantiza que éste haya comprendido.

Las siguientes experiencias ponen de manifiesto la veracidad de esta afirmación.

a- En 1959 se realizó en Gran Bretaña, una experiencia con 231 pacientes, a los que un médico les comunicó el diagnóstico de cáncer brindándoles simultáneamente un excelente pronóstico .

Los pacientes fueron entrevistados un mes después:

153 aprobaron que se les hubiera comunicado el diagnóstico.

44 (la mayoría varones) negaron tener cáncer.

17 (todas mujeres) desaprobaron la comunicación o estaban muy molestas por ella.

17 no pudieron ser clasificados.

Si bien este trabajo se realizó hace 40 años, en una época en la que imperaban otros conceptos acerca del conocimiento del diagnóstico, resulta útil porque permite darse cuenta de las distorsiones comunicacionales y de cómo lo que los médicos consideramos mejor para el paciente, a veces no coincide con las convicciones o deseos de él.

b-Muchos años después, en Gran Bretaña, se realizó un estudio sobre 183 enfermos con cáncer de pulmón, a los que se les dio una clara oportunidad de preguntar su diagnóstico .

Se observó que:

- ❖ 90 pacientes lo preguntaron y posteriormente, 10 enfermos de este grupo, negaron conocerlo.
- ❖ 93 no formularon ninguna pregunta , pero más tarde, 42 de ellos tenían claro que padecían una enfermedad mortal.
- ❖ c-En 1980, Cassileth y col., en USA, estudiaron 256 pacientes con cáncer avanzado .
- ❖ El 90% planteó que deseaba participar en las decisiones acerca de su enfermedad y querían toda la información al respecto.
- ❖ Se halló que los pacientes que pedían más información eran los más optimistas.
- ❖ Entre 1960 y 1978 , en EE.UU., la proporción de pacientes de cáncer que fueron informados de su diagnóstico ascendió del 10% al 98%.

Síntesis integradora

Luego de haber analizado las distintas propuestas presentadas acerca del modo de comprender la relación médico-paciente, resulta claro a nuestro entender, que dicha relación puede definirse básicamente como un encuentro entre dos personas con necesidades complementarias : una está disminuída por su situación de enfermedad y la otra posee los recursos que atenuarán o harán

desaparecer esa carencia o disminución.

Debido a esta diferencia en la función y los objetivos que los unen, decimos que la relación es cuasi diádica y asimétrica.(Laín Entralgo), regida por principios como el de no maleficencia (*primum non nocere*) y el de beneficencia.

Ello no implica desigualdad, ni inequidad de la relación . Ambos miembros poseen derechos y también obligaciones.

Ambos merecen respeto (Autonomía, Justicia, Confidencialidad).

Dicha asimetría no puede ser excusa para ocultar información o tomar decisiones por el paciente (Autonomía, Veracidad).

Esta relación así comprendida, se desenvuelve con características propias del momento histórico y del lugar, (contexto situacional), las que también tienen que ver con el papel que desempeñan los integrantes de dicha relación, papel que está ligado a la posición social que ocupan y que la cultura les permite ocupar, (P.Laín Entralgo-Modelo Interaccional).

El concepto de salud y el de enfermedad, la importancia de la prevención de la salud y de todo lo que se entiende por calidad de vida, son construcciones en las cuales lo histórico-social y lo antropológico-cultural participan de un modo muy importante.

Los diferentes integrantes del equipo de salud son considerados de un modo diverso por los pacientes debido a concepciones individuales y socioculturales.

La forma en que se comportan los pacientes y el grado de adhesión a las indicaciones que se les formulan tiene mucho que ver con este tema.

En nuestra cultura actual el médico sigue siendo el miembro más jerarquizado del equipo de salud pese a que otros integrantes de este equipo poseen títulos equivalentes en cuanto al grado.

Por otra parte, es difícil para un jefe de familia con concepciones tradicionales acerca de la autoridad, aceptar que se le hagan indicaciones, sobre todo si las realiza una enfermera, aunque sea licenciada.

Igualmente una mujer muy dependiente y sometida, tolerará con dificultad que otra mujer evidencie dominio de la situación, autonomía e independencia. Así, cuando la atiende una médica, sobre todo si es joven, lo más probable es que no siga sus indicaciones y busque otro profesional.

En la relación médico-paciente se producen interacciones representadas por actitudes,

comportamientos y afectos.

El modelo de Leary referido a las actitudes puede ser de utilidad.

Si la dominación genera sometimiento, el trato considerado, en el cual se toman en cuenta las opiniones del enfermo, generará comportamientos más autónomos y una aceptación auténtica, independientemente de que sea temerosa o no, del tratamiento o intervención que deba llevarse a cabo.

Por otra parte el buen trato, genera buen trato, como propone este autor.

Si esto no ocurriera y un paciente respondiera agresivamente, esta actitud debería ser considerada como un síntoma psicosemiológico que debería tenerse en cuenta para averiguar el por qué de esta discordancia.

A cada situación de enfermedad corresponden variaciones en la relación médico-paciente referidas a las actitudes entre los polos pasividad-actividad. (Hollender).

Así, cuando los pacientes internados en terapia intensiva comienzan a mejorar, se estimula en ellos un comportamiento más activo intentando que se produzca la evolución de la actitud previa de gran pasividad.

Para los profesionales que los atienden, dicha evolución de los pacientes implica una disminución progresiva de la propia actividad, al tiempo que se fomenta la cooperación de los enfermos, para que perciban este "volver a la vida" como un esfuerzo compartido y no como una imposición y un abandono del cuidado.

Por otra parte, sería muy difícil implementar un tratamiento crónico o uno rehabilitador en cualquier rama de la medicina, si no se fortaleciera un estilo relacional en el cual la participación es mutua y recíproca.

Sería errado pretender actividad en un paciente que no está en condiciones de realizarla o pasividad en otro que ya puede desarrollar un accionar de mayor independencia.

También suele ocurrir que los enfermos se resistan a los cambios de las actitudes propias y/o de las actitudes de quienes los asisten, sobre todo cuando han padecido enfermedades severas y/o muy prolongadas.

No debe olvidarse que las personas cuando enferman se asustan, ya que la enfermedad enfrenta con la incertidumbre y la vulnerabilidad que, si bien son características del vivir, son negadas usualmente.

De todo lo expuesto anteriormente, concluimos que los modelos descriptos proveen elementos que enriquecen la comprensión de las situaciones clínicas.

Todos ellos pueden ser aplicados a una misma relación medico-paciente, siempre y cuando quien realiza esta

aplicación lo haga con coherencia y sea consciente de la pertinencia y alcances de las conceptualizaciones que utilice.

Resumen

I- La comunicación :

La comunicación es un fenómeno que consiste en la transmisión de información desde una fuente emisora hacia un receptor utilizando un código compartido .

La comunicación humana es una variedad comunicacional caracterizada por la interacción y la utilización de un lenguaje simbólico. Es un proceso dinámico que involucra tanto afectos como datos.

Comprende dos dimensiones : los contenidos (el lenguaje e información) y lo relacional (forma de vinculación de las personas involucradas).

Es decir que el significado del mensaje depende del interjuego entre su contenido y las relaciones entre las personas participantes.

II- Modelos de relación médico-paciente

II.1 - Modelo de Laín Entralgo

Plantea que esta relación está fundada en el "binomio menester-amor".

Momentos de la relación :cognoscitivo, operativo, afectivo y ético-religioso.

Laín Entralgo propone calificar la relación médico-enfermo como "cuasi diádica", porque compartiría algunas características con la diáda.

El momento cognoscitivo se refiere a la etapa del diagnóstico, que para este autor equivale al modo de conocer del médico.

El momento operativo se refiere a la actividad terapéutica del médico.

El momento afectivo comprende las emociones y los sentimientos, tanto del paciente como del médico.

El momento ético-religioso.

En realidad tanto lo afectivo como lo terapéutico están presentes desde el inicio del encuentro y también la ética y la religiosidad tiñen esta relación de un modo singular, distinto para cada sujeto humano.

II.2- Modelo interaccional :

-Relaciones:

Tipos de relaciones (Watzlawick, Beavin y Jackson , 1967) :

Relaciones complementarias :

El control es desigual.Uno de los miembros ejerce más control y el otro menos.

En el modelo médico clásico el control lo ejerce el médico, el paciente se somete.

Relaciones simétricas:

El control se reparte por igual entre los participantes.

Ante cada cambio de situación debe redefinirse quien tiene el control.

En la Medicina , las relaciones entre profesionales suelen ser simétricas .

Relaciones paralelas:

El control se transfiere permanentemente entre los participantes .

Este tipo de relación puede virar entre ser complementaria y simétrica.

Ej. relación médico-enfermera

El modelo interaccional propone el análisis de cuatro tipos de relaciones a las que considera las más trascendentes en medicina:

La del médico con el paciente.

La del médico con el familiar o con la persona que ocupe tal lugar.

La de los profesionales del equipo de salud entre sí.

La del enfermo con su familia o la persona que ocupa un lugar significativo en su vida.

-Interacciones :

Dichas interacciones son un proceso dinámico que se desarrolla y cambia en el tiempo.

-Contexto :

Está representado por las características del lugar donde se desarrolla la interacción .

Cada lugar tiene características que condicionan la comunicación.

II.3-Modelo de King

Modelo de relación enfermera/o-paciente, centrado en

la comunicación e interacción desde una perspectiva sistémica.

Postula que, cuando el paciente y el/la enfermero/a se encuentran perciben aspectos del otro, que dichas percepciones constituyen el fundamento de juicios acerca del interlocutor, que finalmente culminarán en acciones , verbales y/o no verbales.Dichas acciones generan nuevas percepciones, juicios y acciones.

Esta secuencia se repite mientras dure la interacción.

Los factores situacionales y las características de la enfermedad que se padece influyen en este proceso interaccional.

II.4 -Modelo de Leary

Modelo transaccional y multidimensional .

Plantea que en la interacción las personas actúan sobre dos ejes.

1-Dominación – Sometimiento :

Una actitud determina en el otro la asunción de la contraria.

2- Amor – Odio:

El asumir una actitud estimula en el otro el desarrollo de la misma actitud.

II.5-Modelo de Hollender

Se trata de un modelo centrado en las actitudes pasivas o activas que tanto los médicos como los pacientes pueden adoptar en el transcurso de la enfermedad.

Actitudes

Actividad-Pasividad . Prototipo madre-lactante. Comas. Delirium.

Dirección-Cooperación. Prototipo padre-hijo. Enfermedades agudas.

Participación mutua y recíproca. Prototipo adulto-adulto. Enfermedades crónicas.

II.6 – Los modelos de la bioética

Son los que se definen según los principios de esta disciplina.

Un dilema ético tiene lugar cuando los principios que se pretende defender entran en conflicto entre ellos, de tal forma que cada uno sólo puede ser protegido en desmedro del otro.

La bioética se ocupa de la reflexión acerca de los dilemas éticos que se plantean en la práctica de la medicina y de las ciencias biológicas, según reglas que guían y justifican

el accionar en cada caso particular y principios que son enunciados más generales y constituyen el fundamento de las reglas.

Dichos principios son:

Respeto por la autonomía: la persona tiene derecho a decidir por sí misma.

Beneficencia : buscar el bien del paciente.

No maleficencia : no dañarlo, no exponerlo a riesgos innecesarios.

Principio del doble efecto: cuando las acciones que el médico realiza o indica pueden tener buen y mal efecto, se acepta que se realicen si se intenta lograr el buen efecto.

Justicia: todas las personas tienen la misma oportunidad de recibir la atención médica que necesitan.

Reglas :

Veracidad: sustenta la confianza que a su vez es uno de los pilares de la alianza terapéutica.

Confidencialidad: éste es un principio muy arraigado en la tradición médica. Promueve la confianza. Este principio puede ser infringido cuando se trata de prevenir riesgos o daños graves a terceros.

Recordemos que la ética, se ocupa de reflexionar acerca de la moral y los problemas morales y que la moral es el conjunto de reglas y normas reales o ideales que rigen la conducta .

Los modelos de Robert Veatch (1972)

Este autor describe modelos de relación Médico-Paciente tomando como parámetros de referencia las reglas y principios que propone la Bioética.

El modelo de la ingeniería : “El médico mecánico”

El paradigma que fundamenta este accionar considera al hombre como una máquina orgánica y por lo tanto la formación del médico está dirigida a reparar el daño o atenuar la disfuncionalidad cuando no puede hacer otra cosa.

El médico diagnostica y propone un tratamiento.

El paciente toma la decisión.

El médico no se siente responsable ni comprometido .

Actúa verazmente.

“El paciente tiene derecho” = Principio de Autonomía

El modelo sacerdotal : “El médico sacerdote”

El Médico se ocupa del “bien” de su paciente y en pos de ese bien actúa vulnerando intencionadamente la autonomía de él si, según su criterio, esto es necesario.

Aquí el médico diagnostica y decide el tratamiento mejor para el paciente, sobre la base de que él , sea por sus conocimientos, por su estado emocional o por su situación social, no está en condiciones de hacerlo por sí mismo.

Beneficencia-No Maleficencia versus Autonomía-Veracidad

El valor fundamental es hacer el bien y no dañar aunque la autonomía se vulnere en pos de esos objetivos.

La concepción que fundamenta este accionar es el paternalismo.

El modelo de los colegas: “El médico socio”

Cuando el médico y el paciente se comportan como socios, sin asimetría en el rol.

Las decisiones son compartidas.

La responsabilidad también se comparte.

El modelo contractual

En este caso se considera que el contrato establecido es una concertación o acuerdo orientado al tema que motiva el encuentro, o sea la salud del paciente.

El diagnóstico lo realiza el médico y si bien el que decide es el paciente la responsabilidad es compartida.

Existe respeto por la autonomía del paciente quien es informado para que pueda decidir con fundamento.

El haber informado no garantiza que el paciente haya comprendido.

Referencia:

[1] Pedro Laín Entralgo. La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría.pág.19. (pág 16 de la copia de WORD)

2 Pedro Laín Entralgo. La Relación Médico Enfermo. Historia y Teoría.pág.19. (pág 16 de la copia de WORD)

3 “El significado de “enfermedad”, depende menos del juicio del médico que del juicio del paciente y de las concepciones prevalentes en la cultura contemporánea...” Karl Jaspers. Psicopatología General. 1963. (pág 17 de la copia de WORD)

4 Insua Jorge. Introducción a la Psicología Médica. Edit. Promed. BsAs. 1985.(pág 19 de la copia de WORD)

5 King, I.M. (1981). A theory for nursing :Systems, concepts,process. New York. Wiley. (pág 22 de la copia de WORD).

6 Declaración Universal de Derechos Humanos.Asamblea General de Naciones Unidas. 1948.(pág 25 de WORD)

7 Juramento según Declaración de Ginebra. Adoptado por la Asociación Médica Mundial. 1948. (pág 25 de WORD).

8 Beauchamp Tomy Childress James. Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press. 1979. (pág 26 de WORD).

9 "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..." . Consejos de Asclepio (Esculapio) 128-56 aC. Dios mitológico griego de la Medicina. (pág 26 de WORD)

10 "Guardaré secreto acerca de lo que oiga o vea en la sociedad y no sea preciso que se divulgue, sea o no del dominio de mi profesión, considerando el ser discreto como un deber en semejante caso". Juramento Hipocrático. (pág 27 de WORD)

11 Código de Etica para el Equipo de Salud. AMA. 2.001- (pág 27 de WORD)

12 Hughes J. Denial in cancer patients. In Stoll B.A. Coping with cancer stress. Chapter 7: 63-69 . Martinus Nijhoff Publishers. Netherlands. 1986 . (pág 31 de WORD)

13 Jones J.S. Telling the right patient. British Medical Journal, 1981; II: 291-293. (pág 31 de WORD)

14 Cassileth B.R., Zupkis R.V., Sutton-Smith K., March V. Information and participation preferences among cancer patients. Annals of Internal Medicine; 1980, 92: 832-836. (pág 31 de Word)

15 Stoll B.A. Faith only belongs in churches? .In Stoll B.A. Coping with cancer stress. Chapter 1. Martinus Nijhoff Publishers . Netherlands. 1986. (pag 32 de WORD)

16 Lo primordial es no dañar. (pág 33 de WORD)