

Aspectos psicológicos de la relación médico-paciente

Por el Dr.:

EDGAR ROMERO MONTEAGUDO17

Romero Monteagudo, E. Aspectos psicológicos de la relación médico-paciente. Rev Cub Med 15: 273-278, mayo-junio, 1976

Se analiza la relación médico-paciente y se señalan, de acuerdo con las concepciones preventivo-educativas, docentes e integrales, las que en dicha relación deben considerarse, se realiza un somero estudio psicológico de ambos elementos en este tipo de relación, también las actitudes que tanto el paciente como el facultativo exhiben con mayor frecuencia en el curso de la misma, y las variables que intervienen y deben considerarse para lograr una óptima relación entre el paciente y todos los profesionales de la salud que de una forma u otra participan activamente, en nuestra sociedad socialista, en las tareas de educación, promoción y prestación de servicios de salud en los distintos niveles de prevención.

INTRODUCCION

Es interesante señalar cómo, en todos los idiomas modernos, se les designa con nombres tomados del latín a ambos elementos de la relación médico-paciente. A uno de los elementos se le llama "el paciente" (el enfermo), que literalmente significa "el que sufre". Al otro elemento se le llama invariablemente "el doctor" (el médico).

Es conveniente recordar que la palabra "doctor", con la que corrientemente es designado el médico, tiene su origen etimológico en el verbo latino *Doceo, Docere*, que significa "enseñar" y de donde proviene también la palabra "docencia". Y es que la sabiduría popular, desde los tiempos antiguos, se percató de que *enseñar, hablar, dar explicaciones* a los pacientes, ha sido siempre, además de la de curar, la principal

labor del médico.

Por tanto, el significado de la palabra "doctor", en todas las lenguas modernas, no es otro que el de "maestro".¹

Concretando: a uno de los elementos de esta relación se le designa como "paciente" y al otro se le llama, indirectamente: "maestro". Creemos que en realidad, la función más importante de la práctica médica y de la relación terapeuta-paciente es la de *enseñar*.

Todo médico integral *siempre enseña algo a su paciente mientras lo atiende*. Unas veces les enseña los procedimientos que deben seguir, tanto al paciente como sus familiares, con vistas a obtener la recuperación o curación; otras veces le enseña a preservar la salud, desde un punto de vista integral, con métodos y técnicas preventivo-educativas.

Durante el curso de esta enseñanza o relación "pedagógica" algunos enfermos pueden ser curados, pero desgraciada

mente esto no es lo que ocurre en todos los casos. Hay veces que el paciente *necesita aprender cómo vivir con su enfermedad*, cómo adaptar su vida a ella, y cómo tolerar todas las dificultades, el temor, la aprensión, la incomodidad, el "dolor", y aun la invalidez que pueden coexistir en algunas enfermedades, o que pueden ser secuelas de éstas.^{1,2}

Esta clase de "enseñanza", impartida por el médico, y el aprendizaje que supone de cada paciente, es un "cursillo corto" de instrucción si se trata de una enfermedad aguda, pero aumenta considerablemente en importancia cuando se trata de enfermedades crónicas o recidivantes.

Actitud del paciente en esta relación

El enfermo necesita "aprender" la cantidad y la clase de ayuda que puede y debe esperar de su médico. Además, es importante que el paciente comprenda que debe asumir una actitud activa ante su curación y que, por tanto, debe aprender a soportar por sí mismo, sin ninguna ayuda, como persona adulta que es, algunas dosis de angustia, incomodidad y dolor.

Además, el paciente debe aprender mediante la enseñanza directa o indirecta del médico —cuándo y en qué condiciones tiene "derecho" a pedir ayuda y apoyo. Esto ocurre no sólo en las enfermedades fundamentalmente físicas, sino también en las que son de tipo eminentemente psíquico o psicomático.

Este aspecto del trabajo profesional del médico sólo es expresado abierta y explícitamente en raras ocasiones. No obstante, siempre que un paciente es atendido por un médico, generalmente recibe una nueva "lección", en el "curso" de su aprendizaje.

Actitudes del médico. El enfermo visto integralmente

El médico, en su relación con el paciente, generalmente mantiene una de estas tres actitudes:

a) Puede ser que se trate de un médico con profundos conocimientos; muy bien informado desde el punto de vista científicotécnico, y que utilice con maestría los recursos terapéuticos, pero que aparece ante el paciente en una posición de superioridad y autosuficiencia, sin hacer partícipe al paciente de algunos de sus conocimientos y sin *enseñarle* adecuadamente a tomar parte activa en su tratamiento. Es el médico que sobrevalora su técnica y subestima los escasos conocimientos y las "ingenuidades" de su paciente.

Este es el caso del médico que no ve al paciente integralmente, como una unidad biopsico-social, sino como un "organismo enfermo", sin preocuparse de su personalidad básica y de los fenómenos psíquicos y socioculturales de su paciente.

b) Puede existir una segunda actitud, que es la del médico novel, poco preparado en su carrera y con "lagunas" en sus conocimientos científicotécnicos, pero con muy buenas relaciones humanas, y que tiene muy presentes los aspectos psicológicos y socioculturales de su paciente.

Esto, como es obvio, tiene sus ventajas y sus grandes desventajas. Aunque es claro que pueden existir varias posiciones o actitudes intermedias entre las dos anteriores, e incluso la del médico de larga práctica profesional, pero "fossilizado" en conocimiento y hábitos, adquiridos dos o tres décadas atrás, hemos enfatizado sólo en las dos primeras, ya citadas, con un criterio didáctico.

c) La tercera actitud, es la del *médico integral*, bien preparado en el aspecto científicotécnico y cuidadoso de conocer los síntomas del paciente, la etiología de los mismos, el diagnóstico, su pronóstico y el establecimiento del tratamien-

to integral, teniendo en cuenta además, el estudio de los factores motivacionales y emocionales del paciente así como el nivel intelectual y sociocultural de éste; o sea, que lo atiende y contempla como una unidad-bio-psico-social, en una forma dialécticamente integral.

Varios autores preocupados por el tema,^{1-2,3,4,6} han planteado que el médico, al aplicar su experiencia y conocimientos adquiridos por el tratamiento de otros enfermos, así como los conocimientos obtenidos de la bibliografía por él manejada, debe tener presente que su enfermo es una "persona", psicológicamente hablando, y en este sentido es único, aunque sea portador de una enfermedad universalmente conocida o extendida, como la neoplasia, la tuberculosis, la neurosis o la esquizofrenia. Por tanto, cada contacto terapéutico, cada queja, cada dolor", son diferentes unos de otros.

El médico debe tener presente en todo momento que cualquiera que sea el tratamiento, los exámenes complementarios y la dieta indicada, está *enseñando* a sus pacientes lo que significa su enfermedad y cómo deben vivir con ella.

Así, bien merecerá el nombre que se le da al médico en nuestro ambiente cultural actual; todos, cuando se dirigen a él, le dicen "doctor", o sea, "maestro".^{1,4}

La relación médico-paciente. Variables que intervienen

Entre los factores de la relación médico-paciente, debemos considerar, como variables que intervienen en la precitada relación:

- a) El nivel intelectual de ambos.
- b) El nivel sociocultural, así como los rasgos básicos de personalidad, tanto del médico como del paciente.
- c) Las características de la relación médico-paciente dentro de un modo de producción determinado.

La inteligencia, el nivel socio-cultural del paciente, así como la personalidad básica de éste, van a influir decisivamente en las actitudes del paciente ante:

- a) La enfermedad y sus síntomas
- b) Su posible curación
- c) El temor a la muerte
- d) La actitud que el paciente asuma ante su médico que lo atiende

Por otra parte, la inteligencia, cultura y personalidad básica del médico dentro de un modo de producción determinado (capitalista o socialista), influirán decisivamente en las actitudes del médico ante:

- a) La enfermedad y sus manifestaciones
- b) El paciente que investiga, diagnostica y trata de curar
- c) Además, influirán notablemente en la "enseñanza" que todo facultativo debe ofrecer a su paciente y en las técnicas que aplicará como profesional de la salud

Una buena comunicación entre el médico y su paciente, desde la primera entrevista, facilitará extraordinariamente la situación, simplificándola.^{2,3,5}

Si el paciente no comunica "todo" lo relacionado con los síntomas que presenta, es porque a veces, al establecer una nueva relación interpersonal (en este caso la entrevista con su médico), esta nueva situación despierta en él ansiedad, ya que se preocupa demasiado de cómo actuar y de lo que piensa el médico acerca de él.

Estos aspectos psicológicos de la práctica médica deben ser conocidos ampliamente y bien manejados por el facultativo, ya que sólo así lograremos obtener óptimos resultados en la relación médico-paciente que requieren un adecuado *aprendizaje*, por parte del en-

fermo, de las actividades, normas y hábitos que lo conduzcan a mantener o recuperar su salud.

No debemos pasar por alto las características de la relación médico-paciente dentro de un modo de producción determinado:

- a) *En el sistema capitalista.* El médico, por tener el privilegio de encontrarse en posesión de los conocimientos y ser dueño de los instrumentos (clínicas privadas, equipos, etc.) ejerce un grado mayor o menor de *dominación* sobre el paciente. Este, en primer lugar, por la falta de conocimientos adecuados acerca de su enfermedad y la naturaleza de la misma, así como por el *dominio*, que, como ya hemos referido ejerce el médico en la sociedad capitalista sobre el paciente, hace del enfermo un elemento *enajenado, alienado o segregado* del proceso de su curación, al convertirse en un elemento *pasivo*, con una exigua participación en dicho proceso.

Si a todo lo precedente, agregamos que el paciente deberá pagar por este servicio una cantidad determinada (en muchas ocasiones excesiva), podemos afirmar que en la relación médico-paciente de la sociedad capitalista existe *explotación*.

- b) *En nuestra sociedad socialista.* Los servicios de salud se ofrecen con una concepción integral, y el pueblo deviene en poseedor de los instrumentos que se utilizan para la ejecución de acciones que tienen como objetivo terminal, la promoción, conservación, y restauración de la salud, así como la rehabilitación de las capacidades residuales.

De esta forma, el paciente ya no es el individuo dominado y alienado.

Tampoco es el "cliente" explotado, sino que *participa activamente* en el proceso de

prestación de servicios de salud, y nuestros profesionales de la salud, todos, revolucionariamente, tanto médicos, como estomatólogos, psicólogos y farmacéuticos, entran también a ocupar un lugar relevante en las tareas de educación, promoción y prestación de servicios de salud en todos los niveles de prevención.

Dinámica de la relación médico-paciente

La relación médico-paciente no es estática, sino muy dinámica, ya que tanto el médico como el enfermo deben establecer una adecuada comunicación que redundará en una mejor obtención de los objetivos comunes que ambos persiguen.

Lo comunicado por cada uno de ellos, será captado por el otro, en base a sus condiciones psicológicas, socioculturales, económicas e intelectuales como ya hemos reseñado, pero además, en la dinámica de esta relación que se va ampliando en sucesivas entrevistas y consultas, es preciso tener en cuenta que: el enfermo comunica sus síntomas, pero también maneja mecanismos de "seguridad", que el médico debe esforzarse por romper a fin de establecer una adecuada empatía o "rapport" desde la primera entrevista.

Además, el médico descodifica, "procesa" e interpreta lo que refiere al paciente,² planifica la conducta terapéutica-educativa que va a seguir con el enfermo, y además, en algunos casos, también maneja mecanismos de defensa. En toda esta dinámica, tanto la palabra hablada como el lenguaje extraverbal² adquieren una importancia decisiva.

Por tanto, el criterio que debe guiar al médico en esta relación dinámica, al manejar tanto el lenguaje verbal como el extraverbal, es comportarse con vistas a que:

- a) El paciente coopere y por tanto, participe mejor en el tratamiento.

- b) Que el enfermo se sienta aliviado, confortado y sosegado desde la primera entrevista con su médico.

El profesor *Hollender*,⁴ citado por *Bustamante*, nos ofrece un paradigma o modelo básico de la dinámica de la relación médico-paciente, el cual ofrecemos con ligeras modificaciones aclaratorias. Estos autores señalan que existen tres modelos básicos en la relación médico-paciente.

1. Relación activo-pasiva

2. Cooperación guiada
3. Participación mutua.

En la *relación activo-pasiva*, el médico es el elemento eminentemente activo, mientras que el paciente constituye el elemento pasivo, ya que se encuentra indefenso, debido a la patología de que es portador. Es por ello que el médico es el que asume el papel ofensivo y toda la iniciativa, para devolver el "equilibrio" al paciente. Un ejemplo de lo precedente, sería el paciente portador de un síndrome estuporoso.

CUADRO				
MODELO	FUNCION DEL MEDICO	FUNCION DEL PACIENTE	EJEMPLO CLINICO DEL MODELO	PROTOTIPO DE LA RELACION
Activo Pasivo	Asume toda la iniciativa de la actuación terapéutica	No coopera. Incapaz de responder	Paciente en coma, anestesiado, en estupor catatónico, bajo T.E.C. etc.	Como la de padre niño pequeño
Cooperación guiada	Indica y orienta al paciente lo que debe hacer	Coopera (Obedece)	Procesos infecciosos agudos	Como la de padre-hijo (adolescente)
Participación mutua	Ayuda al paciente a ayudarse a sí mismo	Coopera y se comporta como un participante activo en la asociación	Enfermedades crónicas	Adulto-adulto

Citado por el doctor *J. A. Bustamante*. *Psicología Médica*. Tomo II, pág. 120.

La llamada *cooperación-guiada*, estaría representada por las enfermedades que como la cardiopatía, artropatías, neurosis, etc. limitan al paciente para realizar cabalmente una serie de actividades, pero no lo incapacitan al extremo de no serle posible seguir las orientaciones que se le ofrecen.

La *participación mutua*, es la tercera variante, y allí se produce una intervención más eficaz y más madura, una genuina interacción y coparticipación entre el

paciente y su médico tratante. Es ésta la relación donde el facultativo, utilizando una serie de técnicas y procedimientos educativos, hace coincidir las "necesidades objetivas de salud" con las llamadas "necesidades subjetivas de salud".

Este tipo de participación, es la relación óptima a que debemos aspirar en las Ciencias de la Salud, y sobre todo en nuestra sociedad socialista que ha desalienado ya al paciente.

SUMMARY

Romero Monteagudo, E. *Psychological aspects of physician-patient relationship*. Rev Cub Med 15: 3, 1976.

Physician-patient relationship is analyzed at the light of preventive, educative, and integral conceptions which support such relationship. A brief psychological study on the two elements of the relationship is made in order to analyze the most frequent attitudes that both, the patient and the physician, show during the medical treatment, as well as the variables to be considered in the achievement of an optimum relationship between the patient and all the health professionals who, in one way or another, play an active role in the tasks of education, promotion and health services at the different levels of prevention in our socialist country.

RESUME

Romero Monteagudo, E. *Aspects psychologiques de la relation médecin-patient*. Rev Cub Med 15: 3, 1976.

La relation médecin-patient est analysée ainsi que les conceptions préventives-éducatives, d'enseignement et intégrales qui doivent être considérées dans cette relation. On fait une étude psychologique succincte des deux éléments dans ce type de relation, des attitudes du médecin et du patient au cours de celle-ci et des variables qui y interviennent et qui doivent être considérées afin d'atteindre une relation optimale entre le patient et tous les professionnels de la santé que d'une façon ou d'une autre participent activement aux tâches de l'enseignement, la promotion et les services de santé dans les différents niveaux de prévention.

FESKME

PoMepo MoH.Tearyjto 3. nchxaronraecKHe acneKTH OTHaineHira Bpana nainisH- Ta . Rev Out Med 15:3,1976.

OficyKnaeTCH OTnameiiae Bpana-narpieHTa h saioTCH npeflynpejoiTejxLHie jí boc nnTa?ejn>njie KOHQencHH .KOTopue Ha,no hmctb b s.ijiy b tskom OTiianieH^e . upoBOflICTCH TtpaTKyio nc:ixoj:or:-^eeKyK) ii3y^e>:::io oShx. ejieMeHVOB b tskom - Bías ochHomeHíH ,no3ejisH:ie tsk namieHTa ksk ii apaña b Teneü.üi ero :: **BapaaHTOB HMeBnrae MecTO** :i **Koiojne** Hajio y9HTHBaTi> jüzH soctióksk::: oüt:- MajEHOii OTHOfflSHie H.esBjr naicreHTa a Bcex nüocbeci'Oüa.ioB 3jtpasooxüaHeküh, Kcropae aKTHBHo npzHKMaBT yqacTHe b cTpaemie coitfijaiHCTireecKofi odaieeT- Be ,Ha BOcnHTaTejiiHHx 3aflani> ú Ha OKasanmí ::eff2jii'iHCKOH iiomoihit Hacejie- H11H B pa3JYraHyX ypOBHHX npeBeHTHBHOÍÍ MíTTWTYi^THH .

BIBLIOGRAFIA

1. *Balint, M., Enid. Técnicas psicoterapéuticas en medicina*. Edit. Siglo XXI, México, 1966.
2. *Bustamante, J. A. Psicología médica. Tomo II. Instituto del Libro, La Habana, 1967.*
3. *Delay, J., Pichot, P. Manual de psicología*. Editorial Toray-Masson, 1969.
4. *Hollender, M. H. The psychology of medical practice*. W. B. Saunders, Philadelphia USA, 1958.
5. *Lain Entralgo, P. La relación médico-enfermo. Historia y teoría*. Editorial Revista de Occidente, Madrid, 1964.