

Algunos aspectos de la relación médico-paciente en la consulta de peritaje

Por el Dr.: RICARDO GONZÁLEZ Y MENÉNDEZ²¹

González Menéndez, R. *Algunos aspectos de la relación médico-paciente en la consulta de peritaje*. Rev. Cub. Med. 12: 2, 1973.

Se valoran algunos aspectos que diferencian la relación médico-paciente de la médico-peritado. Se explica por qué la consulta de peritaje genera tensión en muchos facultativos. Se establece una clasificación de las consultas de peritaje y se hacen sugerencias para un buen manejo psicológico del peritado.

A menudo hemos sentido tensión y agotamiento después de una consulta médica de peritaje, llevándonos la curiosidad a constatar que iguales manifestaciones son comunes en médicos de otras especialidades.

Es también una experiencia frecuente apreciar la insatisfacción y hostilidad de muchos pacientes, a pesar de los esfuerzos realizados por mantener una relación médico-paciente positiva durante la consulta de peritaje. En ocasiones, inclusive hemos sentido el rechazo permanente de pacientes que han sido orientados con el mejor de los criterios en un colectivo.

La conclusión introspectiva de que nos desagradaba esa función y el total conocimiento de la necesidad social de ese acto médico, nos llevó a inquietarnos por el tema, recoger experiencias de compañeros y psiquiatras, psicólogos y médicos de otras especialidades y exponer algunos aspectos psicológicos específicos de la relación médico-peritado con el propósito de que sean de utilidad al médico integral cuando desempeñe funciones de este tipo.

El médico a través de su experiencia se ha entrenado exitosamente en un tipo de relación donde el paciente es movido fundamentalmente por el deseo de saber qué mal lo aqueja y curarse, siendo la meta del facultativo, establecer una buena relación que le facilite el diagnosticar acertadamente y curar, lográndose en la mayoría de los casos, los objetivos perseguidos por ambos participantes como puede verse en la fig. 1.

Como producto de su entrenamiento, el médico desarrolla generalmente esta relación en forma exitosa, con lo cual se satisfacen tanto las motivaciones de uno como del otro participante. En la entrevista de peritaje, sin embargo, se modifica totalmente el marco motivacional de los dos participantes, lo que produce cambios sustanciales en el aspecto más profundo de la relación que llevan a frecuentes frustraciones generadoras de ansiedad y hostilidad.

²¹ Instructor de Psicología Médica y Psiquiatría. Escuela de Medicina Universidad de Oriente.

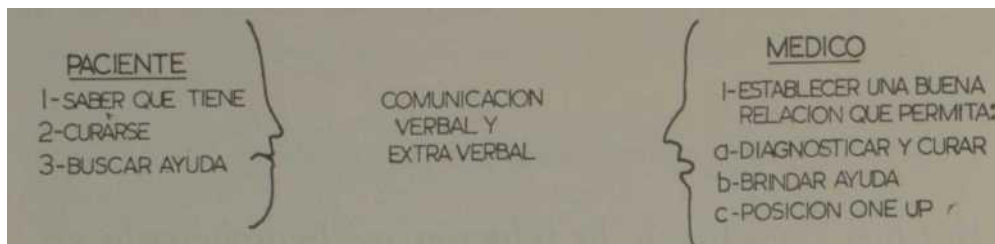


Fig. 1.—Motivaciones del médico y el paciente en la clásica relación.

Según la motivación (léi peritado, las consultas de peritaje pueden clasificarse en dos grandes categorías:

- a) Aquellas donde el paciente pretende demostrar alguna incapacidad, como ocurre en los peritajes laborales de accidentes y jubilaciones, militares, escolares y en los judiciales orientados a establecer responsabilidad penal o derecho a pensión de familiares fallecido:
- b) Consultas donde el peritado pretende demostrar que no existe incapacidad. Como en peritajes profesionales (valoración de capacidad para ejercer profesiones, selección de personal de responsabilidad, como marinos, choferes, etc.) y judiciales (orientados a valorar la posibilidad de ejercer derechos civiles como casarse hacer transacciones, etc.).

En ambas categorías de consultas, la relación médico-paciente se modifica como muestra la fig. 2.

Este cambio motivacional y la poca experiencia en esta relación hacen que muchos médicos manejen con poco éxito esta situación, complicándose la misma cuando se agregan elementos como la personalidad de los participantes, las convicciones de los mismos sobre el trabajo y la invalidez, y otros factores que pasaremos a revisar en cada una de las categorías de peritaje enunciados.

Utilicemos como patrón en la categoría A, la consulta de jubilación y valoremos en la misma los siguientes aspectos en ambos participantes: 1) Personalidad, 2) Motivaciones, 3) Concepciones sobre el trabajo, 4) Otros factores.

1) La personalidad juega un papel trascendental en ésta, como en todas las relaciones interpersonales y disminuye la ansiedad en grado proporcional a la madurez de ambos participantes. Debe destacarse el hecho de que la personalidad histérica en el paciente determina una actitud defensiva en el médico conocedor de la facilidad para dramatizar y distorsionar las situaciones que la caracterizan ocurriendo la situación inversa en el sensitivo paranoide (con notable desconfianza, suspicacia y sensibilidad), quien se defiende en la relación con una actitud francamente litigante y hostil ante la presunción de que será tratado injustamente.

También llama la atención que el médico con elementos agresivos en su

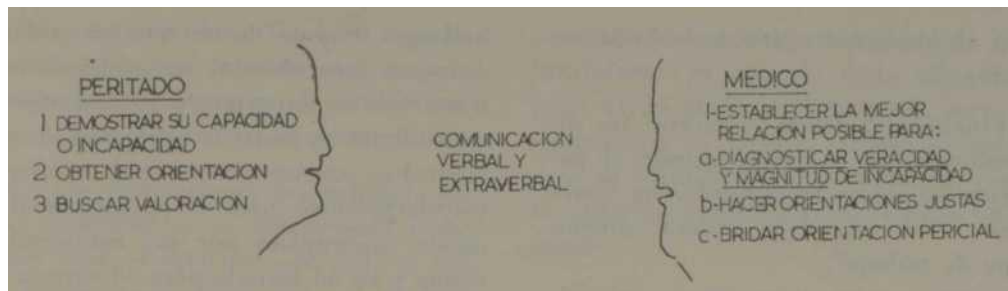


Fig. 2.—Motivaciones del médico y el paciente en la consulta de peritaje.

personalidad se siente a sus anchas en esta categoría de peritaje.

2) Las motivaciones del paciente son demostrar su incapacidad y obtener una orientación laboral adecuada, siendo las metas del médico establecer la mejor relación posible que le permita diagnosticar la veracidad y magnitud de la incapacidad y hacer orientaciones adecuadas.

3) La concepción sobre el trabajo juega un importante papel por la tendencia en el peritado a considerar al trabajo como causante de su afección, y porque en algunos casos el médico olvida que el trabajo bien organizado y adecuado a las capacidades del paciente es uno de los elementos indispensables para lograr el saludable status de “socialmente útil”, tan importante para la total adaptación al medio, y orienta en ocasiones la jubilación de pacientes en casos limítrofes donde una limitación parcial como reducción de horario, cambio de trabajo, etc., pudiera evitar el desfavorable sentimiento de invalidez que sigue a la desconexión laboral.

4) Otros factores diferencian esta relación de la “clásica” médico-paciente, ya que el paciente no ve al médico como la persona de quien va a recibir ayuda, sino como un perito

que representa al estado y trata de utilizar sus capacidades remanentes por el bienestar colectivo, considerándolo por tanto “parcializado”, enfoque que en ocasiones lo lleva a exagerar su sintomatología para garantizar una orientación justa”, factor que contrariamente determina en el médico, notable rechazo y dudas de la veracidad de la sintomatología.

Por otra parte, el paciente al valorar al médico como parcializado, automáticamente se coloca en actitud defensiva y propenso a mostrarse hostil en la menor oportunidad, (desde luego, estos aspectos se modifican notablemente según el grado de desarrollo social de ambos participantes).

El médico, que consciente o inconscientemente capta la diferencia entre esta relación y las que maneja en su práctica diaria, manifiesta cierto grado de tensión que se incrementa por la ansiedad ante la posibilidad de ser injusto, ser engañado, no satisfacer las demandas del paciente o poder encontrarse él en situaciones similares en el futuro (identificación).

Con alguna frecuencia, además, el médico preconice (muchas veces erróneamente) el deseo del paciente de evadir su responsabilidad social laboral y esto lo hace reaccionar con hostilidad

con el consecuente deterioro de la relación.

Finalmente, deben destacarse las dificultades que se crean cuando el peritado ha sido yatrogenizado con frases como "Ud. no puede realizar ningún tipo de trabajo".

Estos factores explican por qué nos sentimos bien cuando jubilamos a un paciente de edad avanzada, afectado por una patología invalidante y fácilmente evidenciable, pues su situación humana elimina toda duda y genera comprensión, compasión y deseo de protección, y también explican nuestra tensión frente a un hombre joven, sin historia laboral y afectado por una patología subjetiva difícilmente evidenciable (como el caso de las raquialgias carentes de signos radiológicos), por las dudas, incompreensión, hostilidad y rechazo que su presumiblemente fingida patología, nos crea.

Algunas sugerencias para manejar la relación médico-por lado en la categoría A. En primer término, clasifique qué pretende el consultante y en qué aspecto cree que su afección le dificulta alguna tarea.

Nunca prejuzgue al paciente, espere a tener los suficientes elementos de valoración que obtendrá respetando, escuchando, explorando y diagnosticando con profundidad (recuerde que usted da seguridad al paciente, si le hace una buena exploración, y su orientación será mejor aceptada si aquél lleva la impresión de que ha sido bien estudiado).

Para acercar esta relación en lo posible a nuestro esquema habitual, debemos comportarnos *como si el paciente siempre deseara haberse equivocado en sus apreciaciones de invalidez*, y demostrarle con optimismo que nuestros hallazgos después de un estudio cuidadoso *son favorables* al no

evidenciarse trastornos de importancia. De esta forma nuestra orientación diagnóstica y laboral se convierte en un gran recurso psicoterapéutico para el paciente realmente preocupado por sus manifestaciones y en un método para "desarmar" mediante la inversión de sus motivaciones a quien finge o exagera una patología por conveniencia personal.

Finalmente, nuestro temor a ser injustos debemos atenuarlo frente a los casos dudosos, teniendo en cuenta que la peor consecuencia de una orientación en desacuerdo con las posibilidades del paciente, sería una *revaloración evolutiva*, ya que los casos graves difícilmente plantean dificultades diagnósticas.

Valoremos ahora qué ocurre cuando el peritado está en la categoría B; es decir, cuando trata de demostrar que no presenta incapacidad y utilicemos como patrón la consulta de peritaje profesional, estudiando cuatro aspectos en ambos participantes: 1) Personalidad.

2) Motivaciones. 3) Concepciones sobre la invalidez. 4) Otros factores.

1) La personalidad obsesivocompulsiva enfrenta con gran angustia esta valoración, ya que pone en peligro la seguridad personal que trata de reforzarse con mecanismos como la superación profesional, ejercer actividades de valor social, etc. Otro rasgo de los pacientes obsesivocompulsivos, es la obstinación, que dificulta el que se convenzan de su incapacidad para algún tipo de labor.

Los sensitivo paranoides (desconfiados, suspicaces, sensibles) interpretan el acto médico como algo predispuesto, y constantemente exigen nuevas valoraciones que demuestren que se ha cometido una

injusticia. También se debe destacar que esta relación es manejada con más facilidad por el médico con rasgos de pasividad en su personalidad.

2) Las motivaciones del evaluado serán demostrar su no incapacidad y obtener una orientación adecuada a sus pretensiones, en tanto que el médico persigue establecer una buena relación que le permita diagnosticar el grado de incapacidad y orientar adecuadamente. (Como puede apreciarse, en esta situación no hay duda alguna sobre la veracidad de cualquier síntoma que se evidencie).

3) Las concepciones sobre la invalidez en ambos participantes son importantes, pues la tensión será tanto mayor, cuanto más angustia produzca la evidenciación de la incapacidad. Esta situación hace crisis sobre todo cuando el médico se enfrenta con incapacidades *adquiridas* en profesionales con quienes se identifica y a quienes hay que comunicar la imposibilidad de mantener una actividad para la que se prepararon mediante años de esfuerzo.

4) Otros factores determinan características especiales en esta relación, pues aunque aquí el peritado con mayor frecuencia trata de burlar al médico ocultando antecedentes y síntomas invalidantes, esta conducta no genera hostilidad en el médico, sino compasión, siendo este aspecto dinámico el que facilita una mejor relación médico-peritado.

Una angustia importante, sin embargo, surge en el médico, y es la determinada por la necesidad de comunicar el resultado del peritaje cuando éste es invalidante, ya que sin duda ello implica algún grado de yatrogenia, incrementándose la tensión cuando el médico se identifica con el peritado y/o la situación evaluada afecta valores humanos.

Algunas sugerencias para manejar esta relación.

Aquí también es de gran importancia la exploración con profundidad pues ella dará seguridad al valorado y atenuará su angustia de ser erróneamente orientado. Un buen recurso para comunicar la incapacidad es que lo hagamos informándola como medida profiláctica. Así un retrasado mental será peritado como no apto para conducir automóviles, explicándole que este tipo de actividad podría producirle trastornos que como médicos debemos evitar y en este caso nuestra medida de protección social que él no comprendería, la convertimos en protección a su salud, situación más aceptable.

Finalmente, es bueno destacar que los peritajes de notable significación deben ser hechos por un colectivo médico, recurso que hace más firme la orientación y dispersa la tensión que produce una función de tanta responsabilidad.

El médico, en su proyección social, debe desarrollar capacidades que le permitan ejecutar con éxito funciones que como las periciales lo acercan a los objetivos de prevención primaria y terciaria, y recordar que sus responsabilidades cada vez se extienden más allá de las asistenciales, docentes e investigativas.

Conzález Menéndez, R. *Some aspects of physician-patient relation at the screening consultation*. Rev. Cub. Med. 12: 2, 1973.

Some aspects that differentiate the physician-patient relation from that of the physician and the patient under screening are assessed. It is explained why the screening consultation generates stress in many physicians. A classification for the screening consultation is established and suggestions for a good psychological management of patients under screening are made.

RESUME

González Menéndez, R. *Quelques aspects de la relation médecin-patient dans la consultation d'expertise*. Rev. Cub. Méd. 12: 3, 1973.

On valore quelques aspects qui établissent la différence entre le rapport médecin-patient du médecin-expertisé. On explique pourquoi la consultation d'expertise produit tension dans certains médecins. On établit une classification des consultations d'expertise et on fait des indications pour mener à bien un traitement psychologique convenable au patient.

PESIOME. roEcanac Mshbhdsc P. HeKOTopue acneKTH OTHomeHZH Bpa^-CojiBHOñ npa skc- nepTH3e.

Rav. Cub. Med. 12: 2, 1973.

ИпOBOjлHTCJT HCT'ÍCHHe lieKOTOpHX SCieKTOB, OTJUraaSEIHX OTHomeHHe MeXBy Bpa^OM 'i ÓOJIBHHM OT TaKoro wesmy BpanoM n 'jejiOBeKOM. nosBepannMCH MejimxKRCKOü sscnepTEse. ÓOBHCRTÓTCH npjraaHH EOSHKKHOBemiH HanpsxeHO- cth npE 3KcnerTH3e y MHornx Bpa^eñ. ycTaHOBJeniBacTen iciacca\$HKannü 3Kcner?H3 n ^ejiaoTCfl npejuioxenaa WIH npaBHJiBHorO nciccojiorHHecKoro oTúpameiiHH c CSOJIBHHM.

BIBLIOGRAFIA

1. —Bustamante, J. A.: *Psicología Médica* Editorial Ciencia y Técnica. Habana. 1967.
2. —Haley, J.: *Estrategias en Psicoterapia*. Ed. Toray. Barcelona. 1969.
- 1 —Delgado, H.: *Curso de Psiquiatría* Ed. Científico médica. Barcelona. 1969.
3. —Villego, J.: *Introducción a la Psiquiatría*. Ed. Científico Médica. Barcelona, 19^9.
1. —Ehrenwald, J. *Psicoterapia Mito y Método*. Ed. Grune Stratton. New York. 1969.

ACTIVIDADES DE LA SOCIEDAD CUBANA DE MEDICINA INTERNA DURANTE
EL AÑO 1972

En el mes de enero se celebró una sesión científica a cargo del Dr. Alfredo Triolet del hospital provincial de Matanzas, que constituyó su trabajo de ingreso en la Sociedad y que trató sobre la glomeruloesclerosis diabética.

En el mes de febrero otro trabajo de ingreso fue presentado en los salones del Consejo Científico del Ministerio de Salud Pública. El Dr. Jesús Gandul del hospital clínico quirúrgico "Joaquín Albarrán" habló sobre el diagnóstico evolutivo por laparoscopia y biopsia de la hepatitis crónica.

La sesión del mes de abril, también en los salones del Consejo Científico, comprendía dos partes:

Primera: Policitemia vera (estudio de 25 pacientes) por el Dr. Manuel Delfín Pérez Caballero, hospital clínico quirúrgico "Joaquín Albarrán" (trabajo de ingreso).

Segunda: Enfermedad de Whipple por el Dr. Humberto Rodríguez Hidalgo del hospital provincial de Pinar del Río (trabajo de ingreso).

En la sesión del mes de mayo se trató sobre el trabajo "Recientes avances en gastritis crónica" por el Dr. Miguel A. Moreno Rodríguez del hospital naval "Luis Díaz Soto" (trabajo de ingreso).

En la sesión del mes de junio sobre Enfermedad de Gaucher, por los profesores Antonio San Martín Marichal, y Miguel de Julián Zamora y el Dr. Manuel Penichet Montoto, trabajo del hospital "Gral. Calixto García".

En la sesión del mes de noviembre, el Dr. Hatuey Alvarez, del hospital "Manuel Ascunce", de Camagüey, habló del infarto del miocardio. Formas clínicas y E.C.G. del infarto del miocardio.

■—*El simposium "Ducrasias de células plasmáticas" por los profesores José E. Fernández Mirabal, Héctor Rodríguez Silva, Miguel de Julien, Israel Borrero y los Dres. Pedro Muñiz, César Muñiz y Miguel Matarama, se celebró en el mes de abril en el hospital "Lenin", de Holguín; y en el mes de junio en Santiago de Cuba (hospital provincial).*

•—*Se contribuyó al éxito alcanzado en las jornadas provinciales de La Habana, Oriente Norte, Oriente Sur y Camagüey. En la primera se presentaron varias mesas redondas y 100 trabajos libres. En Oriente Norte se presentó el simposium "Aterosclerosis", en el mes de septiembre, por el profesor Roberto Sollet y los Dres. Hajje, Buchaca, Duarte, Wajjner y López Alvarez. En Oriente Sur el profesor José E. Fernández Mirabal presentó dos trabajos: "Síndrome de Evans-Fisher" y "La insuficiencia cardíaca en el curso de las gammopatías monoclonales".*

—*En Camagüey se presentó el simposium "Status Asmático" por los profesores Ignacio Macías Castro, Armando Pena, Enriquez Elesgaray y Rodríguez Rivera. Varios temas libres contribuyeron al éxito de esta Jornada.*

—*Se dieron los primeros pasos para la inscripción en la Sociedad Internacional de Medicina Interna.*

Dr. José E. Fernández Mirabal