

## Relación médico paciente

DIEGO SAA, MD\*

### RESUMEN

**Introducción:** En la relación médico-paciente, es el médico quien determina el tipo de relación y los beneficios que pueda tener para el paciente. Esto es posible cuando los médicos son delicados, amorosos, comprensivos y dan esperanza a la hora de comunicar un diagnóstico independiente de la gravedad de la enfermedad. Si se expresa con frialdad, el pronóstico se ensombrece porque la persona pierde fuerzas para enfrentar el momento que está viviendo y el diagnóstico se convierte en una sentencia. Es más letal lo que se dice y cómo se dice, que la misma enfermedad.

**Objetivos:** Tener claro como médicos o profesionales de la salud que sólo son instrumentos de una ciencia y no generadores de salud. Empoderar al paciente de su capacidad autosanadora a través la toma de conciencia, sobre su mente como instrumento y no como ordenador.

**Conclusiones:** La enfermedad física o mental es el resultado de todo lo que la mente procesa a partir de las relaciones con familiares, los amigos y el mundo exterior; por tanto no se puede enfocar un diagnóstico y su tratamiento sólo apoyados en el resultado de las ayudas diagnósticas; es importante explorar el estado emocional y mental del enfermo. La esperanza, el propósito y la determinación no son simples estados mentales, tienen conexiones electroquímicas que desempeñan un papel importante en el funcionamiento del sistema inmunitario.

**Palabras clave:** Amor; Comprensión; Esperanza; Sanación; Instrumento; Conciencia.

### Doctor-patient relationship

### SUMMARY

**Introduction:** In the relation between doctor and patient is the doctor who determines the type of relation and the benefits that they could offer to the patient. This is possible only when the doctors are gentle, delicate, loving, comprehensive and give hope at the time of communicating a diagnosis, without concerning of the gravity of the disease. If the diagnosis is expressed with coldness, the patient will lose their forces to face the moment that is living and the diagnosis will become a sentence. It is more lethal what is said and how is said, than the same disease.

**Objectives:** To know clearly as doctors or professionals of the health who are nongenerating of health, but instruments of a science. Give patients the autohealing power by letting them know that their mind is an instrument and not.

**Conclusions:** The physical or mental disease is the result of everything that the mind processes from the relations with relatives, the friends and the outer world, that's why it is not possible to focus a diagnosis and its treatment only supported in the result of the diagnostic aid, it is also important to explore the emotional and mental status of the patient. The hope, the intention and the determination are not simple mental status, they have Connections electrochemistries that play an important role in the operation of the immune system.

**Keywords:** Love; Comprehension; Hope; Sanation; Instrument; Conscience.

La forma como se expresa un diagnóstico independiente de la gravedad del padecimiento, puede ser la declaratoria de una sentencia o una esperanza. Si el diagnóstico se comunica en términos que produzcan pánico y depresión, se agotarán los recursos del organismo para defenderse. Por el contrario, si la comunicación se realiza con afecto y calor humano generando espe-

ranza, la reacción por parte del paciente será de aceptación y confianza.

La misión de médicos es ayudar a los pacientes para que logren su sanación. El trabajo debe ir encaminado a que él por sí mismo, encuentre equilibrio.

En el ejercicio profesional, se encuentran pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas o malignas

\* Jefe, Unidad de Neumología Pediátrica, Hospital Infantil Club Noel. Docente, Departamento de Pediatría, Escuela de Medicina, Universidad Libre, Cali, Colombia. e-mail: disana4@hotmail.com  
Recibido para publicación agosto 30, 2007 Aceptado para publicación junio 26, 2008

que llevan una vida plena porque emocional y espiritualmente están sanos; por el contrario, también se ven personas con dolencias leves que viven agobiadas.

Está demostrado que los pensamientos y actitudes positivas que tenga el paciente tienen efecto sobre la salud y sobre la evolución de la enfermedad. Este concepto fue planteado por Hipócrates cuando insistía a sus estudiantes para que reconocieran plenamente el peso de las emociones, no sólo como causas que contribuían a la enfermedad, sino como factor de recuperación<sup>1</sup>.

A lo largo de mi práctica he observado el papel tan importante que tiene la actitud del paciente en su recuperación. El interés del médico debe ir más allá de la enfermedad, enfocarse con la misma atención en la prevención y en el tratamiento; identificar el microorganismo causante del mal y las circunstancias en que desarrolla todo su potencial dañino.

West y Deckert<sup>2</sup> resume así la interacción organismo, mente y sociedad: «La enfermedad física o mental es resultado de muchas cosas: no solo de lo que entra en el estómago humano, sino también de lo que pasa en su mente, de las relaciones con la familia, los amigos y el mundo exterior, de las ambiciones, las esperanzas y los miedos».

Las células cerebrales y las células inmunocompetentes se comunican directa e íntimamente entre sí. Korneva *et al.*<sup>3</sup> demostraron que «la estimulación frontal del hipotálamo (el cual interviene en la moderación de las emociones y la capacidad del cuerpo para absorber nutrientes en el proceso de sanación) aumenta la capacidad inmunitaria del organismo, en tanto que la fase dorsal del hipotálamo (que se relaciona con el estrés en la etapa de huida) debilita la función de las células inmunológicas que luchan contra la enfermedad».

En la actualidad se sabe que las emociones tienen implicaciones en otras estructuras del cuerpo; lo mismo sucede en sentido contrario. Por tanto la esperanza, el propósito y la determinación no son simples estados mentales, tienen conexiones electroquímicas que desempeñan un papel importante en el funcionamiento del sistema inmunitario. El cerebro produce endorfinas y encefalinas que actúan como analgésicos propios del cuerpo y tienen que ver con la función inmunológica y el crecimiento de tumores.

Plotnikoff *et al.*<sup>4</sup> descubrieron que en los pacientes de cáncer y sida, el nivel de encefalinas determina la

respuesta inmune. De la misma manera demostró que el interferón que se produce tanto en el cerebro como en el sistema inmunitario tiene la capacidad de inhibir el crecimiento de ciertas células tumorales y movilizar las defensas contra el cáncer. El estrés disminuye los niveles de interferón disminuyendo la función de los linfocitos K.

Pert<sup>5</sup> se refiere a los neuropéptidos como a los «bioquímicos de las emociones» o sea sustancias que ayudan a cambiar las emociones en sucesos corporales.

Solomon *et al.*<sup>6</sup> documentaron un incremento de células inmunocompetentes que no han sido atacadas de forma directa por el virus, como sucede con el sistema de autodefensa del organismo, como se ve en el sida que deja fuera de acción los linfocitos T ayudadores (células que estimulan a los linfocitos B a formar anticuerpos y segregan interleuquina 2 para amplificar la actividad de linfocitos T citotóxicos) permitiendo el ataque de una variedad de microorganismos. La pregunta es: ¿A qué se debe el aumento de la actividad inmunitaria en unos pacientes y en otros no? Solomon plantea como factor importante la negativa a aceptar el veredicto médico como algo absolutamente inevitable. Estos pacientes no niegan el diagnóstico, lo toman como un punto de partida en un proceso en el que están directamente involucrados, manteniendo su capacidad para decidir, no aceptan el fatalismo que se le confiere a la enfermedad, se apoyan unos a otros, no tienen ideas derrotistas; cada circunstancia es aprovechada positivamente y determina un cambio total en el enfoque de sus vidas.

Se debe tener presente que el enfermo es un ser humano, que siente miedo, angustia, dolor, soledad; que cuando acude al médico se le ofrece unas palabras de esperanza y amor, y no de destrucción y fatalidad. Sólo así se facilita la recuperación independientemente de la terapia utilizada.

El diagnóstico de muerte por una de las llamadas «enfermedades catastróficas» no nos hace mejores médicos, se puede establecer la diferencia con la capacidad que se desarrolle para facilitar al paciente su propio proceso de recuperación.

Recuerdo una ocasión en la que atendí un niño de 11 años que había sufrido un accidente; presentaba fractura de tibia y peroné, trauma ocular y craneoencefálico, se quejaba de mucho dolor a pesar de la analgesia que recibía. Me senté en su cama, lo escuché, le expliqué en qué consistía su lesión, le animé, le di esperanzas reales

sobre su curación, le enseñé a respirar, le hablé de manera positiva logrando que una hora después estuviera más tranquilo, el dolor y la desesperación cedieron y pudo dormir por períodos cortos. Al día siguiente estaba de mejor ánimo y deseoso de colaborar. Mi actitud de escucha me permitió saber que temía perder su pierna, explicarle que esto no le sucedería le ayudó en su proceso de recuperación.

Al enfrentar un caso difícil en el que a pesar de todos los conocimientos y ayudas diagnósticas el paciente no mejora, pensemos en escucharlo, como otra alternativa. Lo más probable es que encontraremos la serenidad necesaria para actuar de manera correcta. Esto ayudará entender a la madre angustiada que llama a media noche porque su niño tiene fiebre alta, o al familiar del paciente con infarto que quiere que su médico esté en permanente contacto con él, o la persona con una enfermedad grave que siente miedo y soledad.

Yo me pregunto ¿Como médicos o personal paramédico quisiéramos estar en una unidad de cuidados intensivos con la atención médica especializada y toda la tecnología de punta, pero alejados de nuestra familia, sin tener quien nos de la mano y apoyo?

Se piensa en la asepsia, las reglas rígidas de los hospitales al horario de visitas; pero no se piensa que el paciente necesita afecto y ser tratado como una persona y no como el número de la cama; así se logra una atención integral y una recuperación no sólo física sino emocional y mental.

El aforismo médico «ante todo no hagas daño» se ha ido desvirtuando como se establece en el estudio publicado por Leape<sup>7</sup> donde da a conocer que 180,000 personas hospitalizadas mueren cada año en Estados Unidos a causa de errores del personal médico y paramédico de los hospitales, lo que equivale a 3 choques de aviones cada dos días.

En otro estudio<sup>8</sup> durante 6 meses sobre la prescripción y administración de medicamentos en los hospitales de Boston, se informan 334 errores; 39% corresponde a los cometidos por médicos al formular medicamentos, 38% por las enfermeras al administrarlos y el resto, por secretarías al transcribir las órdenes o por farmacéuticos al prepararlos.

Este tipo de estudios no se han realizado en los centros hospitalarios colombianos. La incidencia y responsabilidad en los errores se minimiza, se tratan como poco comunes, por tanto no se toman correctivos, des-

pues se presentan en reuniones de morbilidad y mortalidad, con el deseo de aprender de ellos, pero infortunadamente se vuelven a presentar.

La medicina moderna ha desarrollado una capacidad extraordinaria para salvar infantes prematuros, incluso aquellos que nacen con meses de anticipación y menos de un kilo. Un prerrequisito para tal hazaña es la unidad neonatal de cuidados intensivos, donde la estimulación ha sido sacrificada en nombre de la asepsia.

En un trabajo llevado a cabo por Field *et al.*<sup>9</sup> de la escuela de medicina de la Universidad de Miami, con los recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de neonatología a los que se acaricio en períodos de quince minutos tres veces al día, se obtuvo resultados extraordinario; los niños crecieron casi 50% más rápido, eran, más activos y despiertos y adoptaron un comportamiento más maduro en menor tiempo; se dieron de alta una semana antes que los prematuros que no se tocaron. Meses después, su comportamiento seguía siendo mejor que los del segundo grupo. Si como médicos se recuerda que el paciente es responsable de su salud y la decisión final de someterse a un determinado tratamiento sólo le compete a él, se asume la parte de responsabilidad que nos corresponde y no pretendemos ser salvadores de nadie.

Yo tuve esa actitud; recuerdo una ocasión en que atendía un niño con una enfermedad grave, me sentía impotente; el niño me pedía que no lo trasladara a la unidad de cuidados intensivos porque allá se moriría solo; yo pensaba que era lo mejor porque se le podía dar un soporte ventilatorio. No atendí el pedido del niño y lo trasladé; al llegar al otro centro hospitalario murió. Pensaba «hice lo correcto» pretendía prolongarle su vida por unas pocas horas. Hoy analizando los hechos, sé que lo correcto era permitir al niño estar con su madre para que muriera rodeado de los que amaba.

Esta lección me enseñó a tomar en cuenta los sentimientos y deseos del paciente y su familia. También me cuestionó sobre mi vulnerabilidad ante la muerte. La actitud que tengamos con respecto a la muerte ayuda al enfermo y sus familiares a aceptarla con menos trauma.

Preguntemonos con frecuencia si estamos satisfechos con nuestro ejercicio profesional. Todos necesitamos apoyo y afecto. Hay que recordarlo siempre para que el paciente o su familia no nos lo tengan que recordar.

En la práctica diaria se reciben pacientes a los que se

les ha prescrito tratamientos médicos adecuados pero no han sanado, y otros que sanan sin seguir el tratamiento. Cuestionemos nuestra actitud, por mi parte creo que más que el tratamiento, la sanción depende de la capacidad que como médicos tenemos para influir en la vida del enfermo; con un trato personalizado en un clima de amor, amabilidad y confianza, les brindamos la oportunidad de replantear su vida, sus hábitos y en últimas de asumir su salud como parte de su responsabilidad.

## REFERENCIAS

1. Hipócrates. Precepts. As quoted in J. Bartlett. In: Beck EM, editor. *Familiar quotations*. 14th ed. Boston: Little Brown; 1968.
2. West LJ, Deckert GH. Dangers of hypnosis. *J Am Med Assoc*. 1965; 192: 9-12
3. Korneva EA, Klimenko VM, Shkhinek EK, Dartau SR. *Neurohumoral maintenance of immune homeostasis*. Chicago: University of Chicago Press; 1985.
4. Plotnikoff NP, Faith RE, Murgu AJ, Good RA. *Enkephalins and endorphins: Stress and the immune system*. New York: Plenum Press; 1986.
5. Pert CB. The wisdom of the receptors: Neuropeptides, the emotions and bodymind. *Advances*. 1986; 3: 8-16
6. Solomon GF, Ader R, Besedovsky NH, Strom T. An intensive psychoimmunologic study of long-surviving persons with AIDS. *Ann N Y Acad Sci*. 1987; 496: 647-55.
7. Leape LL. Error in medicine. *J Am Med Assoc*. 1994; 272: 1851-7.
8. Leape LL. Systems analysis approach to medical error. En: Cohen MR, editor. *Medication errors*. Washington, DC: American Pharmaceutical Association; 1994. p. 1-14.
9. Field T, Schanberg SM, Scafidi F, Bauer CR, Vega-Lahr N, García R, Nystrom J, et al. Tactile/kinesthetic stimulation effects on preterm neonatos. *J Pediatr*. 1986; 77: 654-8.