

“LA COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO” (*)

Dr. Juan Carlos Behler

Prof. Titular de la Cátedra “Atención al Enfermo I”

I - El Lenguaje Médico

Dr. Federico Pégola

Lenguaje es el conjunto de sonidos articulados con que el hombre manifiesta lo que piensa o siente. Diría Martinet, profesor de lingüística general de la Sorbona, que “la lengua es una estructura. A esto se agrega la idea de función, pues una lengua es sobre todo un instrumento. Para que funcione, es necesario que esté estructurado, es decir, que sus partes estén imbricadas y tiendan hacia un mismo fin. El lenguaje es en principio un instrumento de comunicación que posee su propia estructura, lo que le permite funcionar”.

Para Boas: “todo lenguaje tiene por finalidad servir para la comunicación de ideas”. No obstante, estas palabras de un claro sentido —aparentemente—, pueden ser objetadas desde varios puntos de vista. Son remotamente accesibles para los investigadores exteriores, el lenguaje primitivo no hace de las ideas su principal objeto, con el lenguaje se transmiten —además de ideas— deseos o intenciones o actitudes y finalmente, se necesita una teoría que nos vincule con las palabras-símbolos.

Las palabras u ordenamientos de palabras evocan actitudes simplemente como sonidos o bien como asociaciones de los mismos. Son de poca importancia sus efectos directos como cualidades sonoras y sólo cobran magnitud por acumulación, decantación y sugestión que producen la rima y el ritmo. De ahí la relevancia de los efectos emocionales,

concomitantes con la pasada experiencia que no requieren rememoración para ser captados. Amén de ello, esas emociones son asociadas con recuerdos paralelos.

Esos efectos emocionales no se toman en cuenta en el uso científico del lenguaje, aunque pueden estar presentes en el lenguaje médico o técnico. Su inclusión puede hacer que el mismo tenga una doble función: deberemos distinguir entre Intelecto y Emoción.

Con este criterio podríamos dividir el lenguaje en dos grupos bien definidos: simbólico y emotivo. A través de los años y de los diversos autores se le ha dado al lenguaje distintos enfoques: gramatical (Aristóteles y Dionisio de Tracia), metafísico (Los Nominalistas, Meinong), filológico (Home Tooke, Max Müller), psicológico (Locke, Stout), lógico (Leibniz, Russel), sociológico (Steinthal, Wundt) y terminológico (Baldwin, Husserl).

“La palabra, entiéndase bien, es un ser viviente... la palabra es el verbo y el verbo es Dios (Víctor Hugo)”.

Desde una faceta filológica y atendiendo al principio de Humboldt, erudito y estadista alemán, hermano del naturalista, el lenguaje presenta una cualidad de fuerza y otra de actividad.

Humboldt —gran estudioso de la lengua vasca— se valía para definir las de dos vocablos que le ponían un sello inconfundible: el *ergón* y la *enérgeia*. Ambas palabras de procedencia griega suscitan las ideas de obras y de movimiento, respectivamente.

Esto simboliza en cada lenguaje algo de obra concluida y algo de devenir constante. Una equivalencia semántica de estatismo y dinamismo. El movimiento se acelera en el lenguaje técnico, como el médico, donde un conocimiento enlazado con otro y otro más, van dando la necesidad del nuevo vocablo. “La evolución necesita a toda costa del tiempo, sin el cual ningún sincronismo psicológico madura la expresión”.

En suma, definiendo a la oración, podríamos decir, filológicamente, que es un símbolo sonoro articulado que denota algo de lo que se habla o bien que encarna alguna actitud volitiva del hablante respecto del oyente. Pero la observación de estas conclusiones puede dar motivo, nuevamente, a gran número de objeciones.

Diría Confucio: “Por una palabra un hombre es juzgado a menudo como sabio y por una palabra es juzgado como tonto. Deberíamos ser cuidadosos con lo que decimos”.

Caso todas las teorías que tratan de explicar el origen del lenguaje infantil.

Cuando el napolitano Giambattista Vico publicó, en 1725, su obra *Principi di una scienza nuova d'intorno alia comune natura delle nazioni*, se establece por primera vez una comparación concreta entre el lenguaje infantil y el origen del lenguaje. Sus etapas evolutivas serían las siguientes: luego de una comunicación prelingüística mediante gestos siguen las palabras monosilábicas que expresan emociones internas, a continuación palabras onomatopéyicas, denominación de hechos concretos e intuitivos y finalmente conceptos abstractos. De la misma forma podría evolucionar el lenguaje infantil. Vico piensa que el lenguaje originario de la humanidad fue una especie de canto. Darwin sostiene que el hombre primitivo utilizó su voz para cantar pero le dio una connotación definida a la atracción sexual. Rousseau cree poder establecer analogías entre el lenguaje del hombre primitivo y el infantil. La especulación llamada de la recapitulación, de principios de nuestro siglo, estableció paralelos entre la ontogenia y la filogenia, hasta el punto de indicar una relación evolutiva de los juegos de los niños que remedian a toda la historia de la humanidad. Jespersen, refiriéndose al lenguaje, emite dos teorías: la del desarrollo de la palabra a partir de la exclamación expresiva de sentimientos y la teoría de la imitación de los sonidos de la naturaleza. Este mismo autor hace una extraordinaria observación en dos gemelos daneses de cinco años de edad, abandonados por su madre soltera y encomendados a su abuela sorda que apenas habló con ellos. Cuando ingresaron a un asilo, llamaron la atención al hablar entre sí en un lenguaje totalmente incomprensible para el resto de las personas. Cuando aprendieron el danés en el asilo y sin olvidar su particular lenguaje, Jespersen pudo hacerse traducir por los niños su propia jerga, compuesta por palabras inventadas y otras de raíces danesas muy alteradas.

Aunque no del todo ejemplificadora de este hecho pero en relación con lo de *enérgeia* que mencionara Humboldt, es el idioma que hablan los habitantes de la isla Pitcairn recientemente descubierto por los lingüistas como de raíces inglesas. En el siglo XVIII marineros ingleses se amotinaron en el “bounty”, arrojaron al capitán al mar y se dirigieron a Tahití. Desde ahí y con mujeres tahitianas se establecen en una pequeña isla en

medio del océano: Pitcaim. Las vallas geográficas impuestas y la evolución lingüística hacen que sus descendientes modulen un Idioma ininteligible, aún para los ingleses.

Esos mismos hechos han motivado la predicción que posiblemente en el futuro dos lenguas dividan al mundo: la científica y la no ciencia. Aquí no será el aislamiento el origen de la diversificación sin la cultura.

¿Pero cómo nace el idioma técnico? Los médicos se ocupan de los desórdenes de la salud de sus semejantes para lo cual se los llama a procurarles remedio. Esas alteraciones se reconocen por manifestaciones denominadas síntomas que aprecia el paciente y, a veces, el observador. Otros, denominados signos físicos deben ser buscados deliberadamente por el clínico, mientras que otros —que sólo tienen importancia inferencial o indirecta— implican recurrir a métodos y técnicas de laboratorio.

Sin embargo, al superar la experiencia los límites de la oportunidad individual ha resultado consciente, como finalidad de referencia y comunicación, reconocer el hecho de que, en diferentes personas, ocurren y vuelven a presentarse grupos similares de trastornos de la salud, que forman referencias generales respecto de esos grupos similares.

Esas referencias generales constituyen conceptos de enfermedad y se simbolizan con nombres. A medida que pasa el tiempo y se extiende el ámbito y la complejidad de esas referencias se hace necesario revisar al grupo de referentes. Se halla implicada entonces la simbolización y es preciso inventar un nuevo símbolo, con una nueva palabra y en ocasiones conservar la denominación anterior para un grupo solamente de los anteriores referentes.

Esos procesos ocurren con el descubrimiento de una nueva enfermedad o la elucidación de la verdadera naturaleza de una ya existente. Aquí aparece el neologismo. No como un lenguaje hermético, como en oportunidades se ha pensado, sino como un simbolismo necesario.

El lenguaje médico reconoce un prístino origen. Independientemente de las probabilidades de autenticidad, las obras hipócritas dan motivo a una gran cantidad de términos del lenguaje médico. Pero no podemos omitir aquí un hecho anecdótico. Paradigma interesante del valor de la palabra como elemento de cultura es la peculiaridad que los

escritos hipocráticos se hallan redactados en dialecto jonio. Es notable puesto que Cos y Cnido, fueron invadidas y gobernadas por dorios, pero no obstante el prestigio intelectual de las colonias jónicas era tan grande que su idioma estaba considerado un ejemplo de elegancia y saber.

En su crecimiento ininterrumpido la cultura multiplica las disciplinas intelectuales, se hace frondosa y requiera de esa maraña de nombres técnicos de hoy.

Rivera dice que "Hipócrates, en líneas generales, procedía ante un enfermo igual que cualquiera de los buenos clínicos del siglo XX — lo interrogaba, lo revisaba y le prescribía terapéutica racional— pues su medicina se fundaba como la de ahora, en la experiencia y observación de los fenómenos naturales, sin que para nada influyeran en ella los prejuicios circulantes de magos y sacerdotes. ¡Cómo se ha complicado en veinticinco siglos, no obstante la investigación semiológica, con su prolijo interrogatorio y su minuciosa exploración física e instrumental!

El nudo gordiano de la historia de la ciencia médica y el nacimiento de las raíces de sus palabras se halla en la escuela persa de Jundishapur, fundada por los discípulos del patriarca Néstor. Los nestorianos, continuadores de la tradición hipocrática, tradujeron las obras médicas griegas al siríaco. Los judíos y los cristianos a su vez, volcaron al árabe estos escritos y fueron a la postre a constituir la base de la ciencia de esos pueblos. Fue alrededor del año 750 en que Mesué tradujo en Bagdad las obras de Hipócrates, Platón Aristóteles, Galeno y Dioscórides.

Los traductores debían trabajar con lenguas complicadas, llenas de arcaísmos y tecnicismos, muchos de ellos neologismos que surgían por necesidad ante la observación y la experimentación y que no tenían equivalente en latín medieval, lengua fundamentalmente eclesiástica a la que se transcribían los conocimientos. La traducción era en general literal de las palabras árabes y hebreas que hicieran que Europa adquiriera un vocabulario con términos químicos, astronómicos, matemáticos y médicos que ha perdurado hasta nuestros días.

Al tener la medicina un origen múltiple fueron muchos los pueblos que dieron la base gramatical para la palabra técnica. En la escuela de Salerno se radicó hacia 1060 Constantino el Africano, hombre ilustradísimo nacido en Cártago. Fue el primero en transmitir la ciencia árabe a Occidente. Gracias a

un extraordinario don de lenguas y a su espíritu ávido de saber se dedicó con enorme fortuna a las traducciones. Sus versiones de textos árabes, griegos y algunos escritos bizantinos, ensancharon los horizontes de la medicina de su tiempo y en la escuela salernitana se desarrolló una literatura médica genuina.

En el Siglo XIII, el desenvolvimiento de la traducción se situó en Sicilia, donde Federico II —llamado *Stupor Mundi*— polígloto, la alentó con su fervor intelectual.

Posteriormente el lenguaje científico trató de adoptar un solo idioma: el latín.

La obra de Guillermo Harvey sobre la circulación de la sangre apareció escrita en latín en 1628 y un cuarto de siglo después en su idioma vernáculo: el inglés.

Se ha calculado que el lenguaje médico tiene alrededor de cuarenta mil palabras.

Cuando Osler dice refiriéndose a la historia clínica: “Anotad y registrad siempre lo excepcional. Conservad y comparad vuestras observaciones. Comunicad o publicad BREVES INFORMES sobre todo lo que es extraordinario o nuevo”, está dando la pauta de la necesidad de la humildad científica y de la simplificación. Sólo con el lenguaje técnico se puede simplificar. Tanto con el lenguaje oral como con el escrito el médico se dirige a sus pares y es donde su lenguaje adquiere verdadera relevancia. En la historia clínica vive en permanente dinamismo y perfeccionamiento. Desde las historias clínicas de Hipócrates pasando por los *Consilia* de Taddeo Alderotti, médico de Bolonia del Siglo XIII y por las *observationes* de los médicos del Renacimiento, hasta nuestros días, la simplificación es permanente.

Cierto que, en oportunidades producen términos ocurrentes como llamar cubomanía a la pasión por el juego o cibofobia (de *cibo*: cebo) al rechazo anormal del alimento.

Pero aún varios siglos después de Alderotti fue el latín la lengua de la medicina. Ese idioma, a quien Sournia llamó “madre castradora”, era la forma de comunicación elegida entre los médicos y entre éstos y los farmacéuticos. Cuando el médico se dirigía al enfermo lo hacía en idioma autóctono, como es de suponer.

Dos factores de poder coaligados trataban de mantener la primacía del latín: la Iglesia y la Universidad. La Iglesia consideraba que -en Francia por ejemplo— la traducción de la Biblia al francés y la difusión de los escritos de calvino llevarían al pueblo a la herejía. Aunque esta actitud no era unánime se vio reforzada por la de la Universidad que era categórica: debía proscribirse el uso del francés en los textos médicos. Un hombre inculto al punto de ignorar el latín, no podría ser capaz de cuidar a sus contemporáneos. Se aducían además razones de pudor para mantener ese lenguaje hermético. El autor citado anteriormente cree que con esto se escondía una situación de privilegio que querían mantener los médicos que conformaban en ese entonces un cuerpo social cerrado que los hacía ingresar, poco a poco, en la nobleza. Pero el poder real se opuso tenazmente a esta situación. Francisco I promulgó un edicto por el cual todos los actos de la justicia de Francia —que hasta ese entonces eran redactados en latín— lo serían en francés, en un afán de unificar y reivindicar el idioma galo para la cultura.

A fin del siglo XVI apareció en Francia un periódico médico en ese idioma: “El diario de los sabios”; mientras que en Inglaterra lo hizo en inglés “Las transacciones filosóficas”. Alemania permaneció más fiel al latín, idioma en que aún ven la luz las “Actas Eruditum”, en Leipzig, en 1682.

De todas las ciencias fue la medicina la que más tardó en abandonar el latín para siempre. De ahí en adelante —por una verdadera “helenomanía” —todas las voces tienen raíces griegas. En la actualidad, la xenofilia a la que nos hemos volcado, lleva a la formación de neologismos en idiomas extranjeros o, lo que es peor, todo se reduce a la sigla de la palabra, hasta el extremo de denominar I.A.M. al infarto agudo de miocardio.

Ejemplos de uno y otro tipo —incluida la palabra no justificada- son la gran mayoría de las voces del lenguaje médico. Basta nombrar: *ulcus*, *vena cava* (que quiere decir hueca), *by pass*, *línea innominada*, *E.P.O.C.* (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), etc.

Otra faceta que no es exactamente del lenguaje médico y de la que sólo diremos dos palabras, es el profundo contenido emocional de la lengua en el proceso de comunicación entre médico y paciente.

El psiquiatra londinense Michael Balint dice que las palabras del médico pueden producir todos los efectos propios de los preparados

farmacéuticos. Además está de recalcar toda la exactitud y profundidad de las expresiones que el médico vierta al paciente. Son frecuentes las quejas de los enfermos cuando no son bien informados por el médico acerca de la naturaleza de su dolencia, por el contrario, la verborragia, lo chabacano, lo excesivo, confunden al paciente y quitan la seriedad que debe tener el acto médico.

Georgias de Leontini, que recibió su primera formación retórica en la escuela siciliana decía: “La palabra es un poderoso soberano, porque con un cuerpo pequeñísimo y del todo invisible ejecuta las obras más divinas. Tiene, en efecto, el poder de quitar el miedo, remover el dolor, infundir la alegría y aumentar la compasión”. La prehistoria de la “curación por la palabra” se encuentra en La Ilíada. “Patroclo —dice el poema— permaneció en la tienda del valiente Eurípilo, deleitándose con palabras y curándole la grave herida con drogas que le mitigaran sus acervos dolores”.

No podemos terminar este relato sin hablar del símbolo, cuya significación, cuyo verdadero sentido original es el de emblema, es decir alegoría moral. Símbolo (del griego *symbollein*: conglomerar o juntar) es algo que representa y oculta otra cosa diferente. Constituye el más antiguo lenguaje de la humanidad y el más extendido en el espacio.

“Una palabra o una imagen es simbólica cuando sugiere algo más que su significación evidente e inmediata (Jung)”.

Desde 1864 en que se fundó la Cruz Roja, este emblema o la cruz verde simbolizan internacionalmente la ayuda humanitaria o la atención médica.

Es interesante el origen de los símbolos médicos. El símbolo egipcio del Ojo de Horus, que tenía propiedades auspiciosas sobre la curación, evolucionó en forma compleja y es probable que haya dado nacimiento al signo romano que representa a Júpiter. Muy parecido a un cuatro arábigo, fue instituido por el médico Frinas en tiempos de Nerón para indicar que el médico estaba sometido al poder del Estado y para que la terapéutica fuese influida favorablemente y se lograra el restablecimiento del enfermo.

En la Edad Media, la Iglesia en su lucha contra el paganismo de la época obligó a los médicos, en países como España, a usar las iniciales de *Responsum Raphaelis* en vez del signo de Júpiter. Ese era el símbolo del

arcángel Rafael, nombre que significa “medicina de Dios”. Algunos piensan, sin embargo, que se trataba de una variante del signo de Júpiter o bien la abreviatura de la palabra latina *recipe*, imperativo del verbo *recipere* y originaria del castellano *rècipe*.

Surgió otro símbolo de la medicina de la mitología griega. Hermes encontró cierto día a dos serpientes trabadas en lucha y las separó con su cayado de olivo. Los ofidios se enroscaron pacíficamente alrededor del bastón y así se originó el emblema denominado caduceo que Butts en el siglo XVI impone como símbolo de la medicina. Se lo puede observar en la portada de la segunda edición griega de Hipócrates por Janues Cornarios impresa por Forbenius en Basilea en 1538, como también —y en ese mismo año— en la portada del primer diccionario y enciclopedia hipocrática por Anuce Foes de Metz.

El caduceo era específicamente la vara de Mercurio o Hermes, mensajero de los dioses y protector de los heraldos, también dios de los sueños, de la magia y del comercio. Había nacido el cuarto mes del año por lo cual el número 4 era sagrado. De ahí el cuarto día de la semana recibió su nombre: miércoles.

La medicina de nuestro tiempo, a la que ingresa en forma incontenible la química y la física, presenta —como nunca lo ha hecho— un carácter definitivamente simbólico. Tanto los métodos de exploración, la investigación científica, la estadística y aún la educación médica reciben esta acentuada influencia, motivada por el excesivo desarrollo técnico. Cuando una ciencia avanza tan rápidamente como lo hace la medicina incrementa de esa misma forma su vocabulario.

De tal forma la medicina se ha visto obligada a inventar neologismos, a pedir prestado términos a otras ciencias, a limitar el sentido de otras palabras y como no siempre la elección ha sido acertada, la posibilidad de un caso lingüístico o simbólico está siempre al acecho.

Esto obliga a simplificar, a abreviar conceptos y a constituir al lenguaje médico en una jerga taquigráfica, un océano de símbolos. Todo lo cual hace correr a la medicina un gran riesgo, el de perder el espíritu hipocrático que era ante todo la imagen del hombre víctima de la enfermedad.

Miguel de Unamuno: “La palabra cuando es palabra de verdad, es la fuerza creadora que eleva al hombre sobre la naturaleza inhumana y bruta; el hombre es hombre por la palabra”.

II - Comunicación con el Enfermo

a) Relación Médico Paciente

Dr. Leonardo L. Dóbric

Consideraremos en este relato sólo lo general y básico de la Relación Médico Paciente, ya que situaciones y circunstancias particulares serán materia de otros aportes.

Como entre Médico y Enfermo se interpone la Enfermedad, padecida por uno, contemplada y estudiada por otro, creo pertinente enunciar su actual concepto; el hecho patológico se considera natural, modificable y, muchas veces, evitable. Esto permite afrontarlo con acciones terapéuticas apoyadas de optimismo.

La relación misma se define como directa, inmediata, diálogo confidencial, intercambio de opiniones y de sentires entre dos hombres en trance: de enfermedad el uno, de prueba el otro pues todo enfermo, con su sola presencia y demanda pone a prueba al médico, prueba de capacidad y prueba de humanidad.

“Estar enfermo” comporta en el hombre una experiencia cargada de vivencias padecidas. Por esto es paciente, participio activo del verbo padecer (*patiens, entis*, p.a. de *pat:*, padecer).

La salud es un “poder hacer”; la enfermedad un “no poder hacer”.

Vivencia de *invalidéz*.

El síntoma se expresa por dolor, fatiga, náusea, vómitos, etc.

Vivencia de *molestia*.

En determinado momento surge un peligro de muerte, biológica o biográfica.

Vivencia de *amenaza*.

Confinado en el hoy y el aquí, el paciente sufre una:

Vivencia de *soledad*.

Todas estas vivencias condicionan un *Estado de dependencia y angustia*.

Frente a una persona con estructuras temperamentales tan variadas como las que puede tener el hombre, este hombre en trance de enfermedad soporta con la suya tal suma de vivencias. Y es con él que debe dialogar el médico, siempre sobre un doble planteo: *¿Cuál es la enfermedad? ¿Quién es el enfermo?*

La primera cuestión es de total incumbencia del saber médico que viene evolucionando a lo largo de los siglos *desde lo mágico y empírico hasta lo racional y científico*.

No nos concierne tratar aquí, pero sí señalar que el médico debe conocer y apelar a todo medio o método de diagnóstico válido, vigente y adecuado a cada caso. Es lo que Ortega llamó vivir a la altura de los tiempos, o de las ideas de su tiempo.

Tampoco debe olvidar que si el conocimiento médico ha recorrido tal camino, la naturaleza del hombre no ha variado en la historia: "básicamente, es hoy la misma que hace milenios", ha dicho Dilthey.

Lo que ha variado en su ambiente y su psicología porque ha variado su historia, su drama vital y, *"el hombre es más historia que naturaleza"*.

Es esta circunstancia la que obligó al médico a convertir el primitivo ensalmo mágico en el actual diálogo, con el riesgo, por la premura del tiempo de que dispone y el activismo terapéutico que maneja, de degenerar en una fría y seca relación técnica.

Porque el médico se dirige a esa persona que a él acude en trance de enfermedad y por ello el *¿quién es este hombre que tengo delante?* Se le aparece como urgente y perentoria tarea ya que debe adecuar su lenguaje, expresiones, actitudes, gestos y ademanes a la particular estructura psicoemocional, cultura y nivel social de su paciente a fin de lograr que su mensaje sea percibido y descifrado.

A esta comunicación pueden encontrarse alumnias clásicas, pues el segundo de los recursos metódicos del diagnóstico hipocrático exigía el logos, la palabra hablada. El primero era la exploración sensorial y el tercero el razonamiento diagnóstico. Pero la palabra hipocrática, aun conteniendo lo ético relativo al médico, no alcanza a encerrar las esencias de nuestro diálogo actual, porque lo que es historia en el hombre actual no lo pudo ser para el griego.

A nuestro diálogo deberá reconocérsele dos fuentes de inspiración, una de raíz religiosa, otra de raíz estética. La religiosa puede ser expresada con un pensamiento de Martín Buber: “el verdadero diálogo es aquel en el que el yo se realiza en el tú, e implica un auténtico acto de amor al prójimo”. Porque el médico cumple en mayor o menor grado, un acto de amor, o cuanto menos de solidaridad, al acudir al llamado del enfermo. Y la existencia de honorarios no invalida todo lo que de sí puede y debe poner el médico en ese acto.

La raíz estética se nutre en el mismo concepto de “*einführung*” de Meumann, que Fernando Vela tradujo como *endopatía*, esa posición a la par anímica y crítica “que alcanza a asumir el espectador de una obra de arte para tratar de reproducir —en sí— el proceso mismo que ha seguido en el artista la actividad creadora y mediante la cual introduce en las formas objetivas una porción sentimental de su propia vida, animando, vivificando línea, palabra, contorno...”

Porque el médico, en la enfermedad contemplada y estudiada dimensiona lo que es la enfermedad padecida y con ello le nace simpatía por quien la padece, su prójimo enfermo.

Cumplida la averiguación para establecer el cuándo, el cómo y el transcurrir del hecho patológico, nuestro diálogo atenderá a llenar las cuatro exigencias de ser:

* *Receptivo*, con actitud de disponibilidad y apertura, propiciará revelaciones confiadas sobre hechos y cosas que el paciente considera importantes.

* *Persuasivo*, logrará sustituir esa dolorosa nostalgia del “estar sano” por una ferviente voluntad de actualizar su salud.

* *Pedagógico*, logrará: 1) cooperación y confianza en las acciones terapéuticas, y 2) recomposición de la personalidad y su reubicación en el tiempo con tendencias optimistas.

* *Consolante*, logrará alivio de la invalidez, molestia, amenaza, soledad, dependencia y angustia que oprimen el ánimo.

Tal la estructura de nuestro diálogo, que deberá adecuarse a cada persona. Pero en estas adecuaciones sólo acertará cuando el médico conozca su paciente y sepa cuál es la urdimbre de su personalidad. Y en un momento único, en el inicio mismo o en el transcurso de la relación, momento que el médico sabrá elegir, que tendrá que intuir

muchas veces, hablará como sólo él puede hacerlo: infundiendo valor al cobarde, modestia al petulante, piedad al ateo, fe al descreído, esperanzas al desesperado... Su palabra adquirirá entonces la dimensión del remedio. Y él mismo será remedio.

Pero no hay diálogo sin interlocutor válido. Así, cuando el enfermo no asuma integralmente sus vivencias y no se coloque a la altura de las circunstancias, el médico debe procurar recobre en su comportamiento los atributos del ser razonante y razonable que impone la condición humana, para que la comunicación no quede en mera y fría relación técnica.

Para terminar, diremos que el dilema del médico frente a los interrogantes que hemos propuesto es dar a cada uno la adecuada cuota de conocimientos y de solícita atención que corresponda, es decir, que requiere para su tarea el estudio y el amor. Pero este relato no denunciaría la realidad si dejara de señalar que, por múltiples factores que encerramos en la expresión medicina social, fuera de su ejercicio privado, carente de tiempo y de ambientes adecuados, el médico tiene cada vez menos margen para “oficiar” su diálogo.

b) “Relación Médico Paciente en la Práctica Diaria”
Dr. Horacio López

La enfermedad es un acto único y personal, con un marcado sentido existencial y social para el enfermo y su familia. Es también resultante de diversidad de causales biológicas, psicológicas y socioculturales. En la medida que exista una adecuada relación médico-paciente, la enfermedad podrá superarse. La adecuada relación, exige que en el encuentro entre las dos personas, ese acto médico, esté determinado por la intención de ambos, en el momento de encontrarse. Son dos, que para relacionarse satisfactoriamente deben tener como intenciones principales, la voluntad de ayuda y la voluntad de curarse. El engarse real de ambas intenciones, determina el fundamento del acto médico y cristaliza ese compromiso mutuo, que se ha dado en llamar alianza terapéutica.

Así como la relación médico-paciente es fundamentalmente una vinculación interpersonal, es también una relación inserta en un marco de referencia social y parcialmente, está determinado por él.

En nuestro país, actualmente ¿ese marco de referencia da las condiciones para una adecuada relación? Creemos que no, al menos plenamente.

La atención médica se brinda a través de distintos subsistemas, no coordinados entre sí. Un proceso de años, ambivalente, sin políticas globales del sector salud que orientaran hacia objetivos comunes, sustentó que más que en conjunto orgánico, hayamos llegado a un mosaico heterogéneo, con concepciones contrapuestas en materia de salud, que ha crecido por aposición y no por integración.

En la actualidad tenemos estructurados tres tipos de prestación de salud en la sociedad argentina: la pública, la de las obras sociales y la privada.

El subsector público se mantiene de los fondos provenientes de las rentas generales del gobierno, de subsidios, donaciones y por pago directo de la población, a través de cooperadoras en los establecimientos. Sus recursos se destinan a funciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas, promoción y protección de la salud; a funciones de contralor sanitario y saneamiento ambiental y a docencia e investigación.

Posee un 75% del total de camas instaladas. En su clientela se encuentran los pacientes crónicos, los infecciosos, los psicóticos y aquellos que requieren alta complejidad.

El subsector de obras sociales obtiene fondos, de aportes de empleados y empleadores; de subsidios especiales y del pago directo de los afiliados en el momento de recibir la prestación. Sus recursos se destinan a funciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud de sus afiliados. Posee aproximadamente un 5% del total de camas instaladas. Opera a través de establecimientos propios o bien mediante convenios con establecimientos privados o públicos y con profesionales independientes.

El subsector privado recibe sus fondos del aporte voluntario de la población mediante la afiliación a sistemas de prepago o por el pago directo, en el momento de efectuarse la prestación. Está orientado a funciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud de su clientela, especialmente en lo que a enfermos agudos se refiere.

Posee el 20% de las camas instaladas.

Las distintas modalidades mencionadas se están intercomunicando entre sí, espontáneamente y a través de los pacientes, pero no en forma coordinada, ya que institucionalmente están rígidamente separadas.

Por una misma afección, un paciente puede recurrir al médico privado para la consulta, a la Obra Social para la compra de medicamentos y a un establecimiento estatal, para la internación. La existencia de tres subsectores, como se da en nuestro país, trae como consecuencia una diversidad de objetivos y política muchas veces contrapuestas, a la vez que una multiplicación de servicios administrativos y una inadecuada utilización de recursos, humanos y materiales.

En síntesis, los tres subsectores planifican, financian, organizan y administran separadamente, llevando esto a una situación de competencia en lugar de una complementación.

Por un lado este sistema de “tres medicinas”, disgregado y disgregante. Por otro y —en algunas circunstancias— una extrema tecnificación que impide un contacto suficientemente humano y por otro una creciente masificación, que despersonaliza con frecuencia la relación, acentúa su carácter contractual y abusa perturbadoramente de sus partícipes han contribuido a vulnerar la relación médico-paciente y le han dado, algún carácter conflictivo.

En esta situación, los actores del encuentro médico-paciente, necesitan de objetivos claros y marcos referenciales precisos.

Con ellos, acaso pueda revertirse el estado de desaliento y escepticismo por el escaso tiempo disponible para la entrevista médica. Para la intimidad que la misma reclama. El médico, al decir de Insúa, debería exigir a las instituciones asistenciales donde actúa que se le provea de tiempo, así como exige un quirófano séptico o un laboratorio eficiente.

Acaso podría revertirse también, el déficit existente de estímulos e incentivos para los médicos. La remuneración inadecuada. La fragmentación de su actividad en múltiples dependencias.

Se podrá evitar una atención despersonalizada y superficial. Se podrá mejorar lo insuficiente, en varios centros asistenciales, de recursos diagnósticos y terapéuticos satisfactorios. Podrá procurarse una libre elección del médico, dentro de márgenes razonables y se podrá lograr la igualdad, en la posibilidad del acceso a los servicios de salud, para todos nuestros

habitantes. Derecho que surge de la misma condición humana, por lo que su vigencia debe ser asegurada para todos.

En nuestro país no parece lógico ya, que cada subsistema prestador de salud constituya su propio programa, sin considerar los que paralela y simultáneamente, puedan estar desarrollando los otros subsistemas o las instituciones que los componen.

Parece indispensable la coordinación.

Es decir, la ordenación metódica en el uso de todos los recursos humanos y materiales disponibles en las distintas instituciones públicas y privadas para el cuidado de la salud; con el objetivo de alcanzar la mejor utilización posible de dichos recursos.

Se podrán fijar así objetivos comunes en salud.

Acaso un programa nacional de salud.

Será entonces la regionalización, el instrumento administrativo que permita a nivel intermedio, consolidar los objetivos comunes en salud, de modo de facilitar su ejecución a nivel local. La regionalización, coordinará los recursos de salud, humanos o materiales, en un área de desarrollo económico-social para lograr una mejor accesibilidad y utilización de éstos, por toda la población.

Necesariamente, todos los recursos disponibles deben ser reordenados en función del mejor cumplimiento de los objetivos a fijar, sin que esto signifique caer en un "eficientismo", no siempre acorde con los objetivos propios del sector salud, o en una excesiva centralización o en un ente masificador de prestatarios y prestadores.

Seguramente, la redimensión de los fines a alcanzar, en función de aquello que caracteriza la medicina: la relación médico-paciente y sus protagonistas, posibilitará que así sea.

Probablemente, el cuerpo social en su conjunto, lo determinará.

c) Comunicación con el Enfermo en Situaciones Especiales "Pediatria"

Dr. Carlos A. Ray

Si bien en todas las ramas de la Medicina es importante la comunicación entre el médico y el enfermo, en pediatría ello es especialmente

relevante por lo que significa para la salud presente y futura del niño y del joven, y para su equilibrio emocional cuando sea adulto.

Los padres de cualquier condición social o cultural consultan al médico con mayor o menor periodicidad. Por lo general llevan su recién nacido, lactante o niño debido a que presenta un problema físico: vómitos, fiebre, dermatitis, etc. Entonces es cuando se ofrecen las oportunidades para influir adecuadamente. Se puede simplemente examinar al niño para nada más que diagnosticarle o tratarle su enfermedad. Pero eso es hacer medicina con minúscula. El médico o el pediatra deben entablar una adecuada relación para interiorizarse de los problemas conductuales y emocionales que pueda tener el niño o que pueda haber en el medio en que vive. La medicina integral exige que los alumnos y los médicos se capaciten para poder atender, en lo físico y en lo psíquico, en lo superficial y en lo profundo, a ese gran sector poblacional que abarca la pediatría.

En la Argentina nacen 500.000 niños anualmente y la cantidad de niños y jóvenes menores de 19 años es de 9.100.000 habitantes. Ellos constituyen por lo tanto el 38% de la población del país. Pediatría se ocupa de fomentar la salud y curar las enfermedades de esos grupos etarios. Para ese "fenómeno de la salud" el entendimiento y la vinculación intelectual y emocional entre el paciente y el médico es esencial.

Recién nacido

En las diferentes edades del paciente pediátrico el tipo de comunicación va evolucionando. Al comienzo, durante los primeros años de vida, la comunicación debe realizarse con la madre. Ella es la que educa, y forma a su hijo con su accionar, sus respuestas, sus afectos y emociones, sus palabras y sus gestos. Todo ello es instintivo, es parte del espíritu femenino y es lo que debe caracterizar a la mujer.

Al transmitir afecto y emociones educa a sus hijos. Si lo cría con amor, el niño será feliz; si con justicia, justo; si con equilibrio, equilibrado; si con verdad, honesto.

Todo ello, la mayoría de las madres lo hace instintivamente, pero deben ser ayudadas y orientadas en esta labor.

Por ejemplo, comenzando con lo primero y más importante; la madre debe ser fortalecida por el pediatra para que amamante a su hijo. La

alimentación materna es necesaria para los niños. Ningún biberón puede sustituirla en su totalidad. La acción del médico es decisiva para alentar a la madre y convencerla de que ella “puede y debe” alimentar a su hijo. Para eso la comunicación es absolutamente necesaria. Quien pretenda que la madre amamante y no quiera “perder” unos minutos conversando, explicando y convenciendo, es probable que no tenga éxito. En este preciso punto debemos enfatizar que justamente los consejos y conversaciones sobre alimentación al pecho son los primeros que deben establecer la comunicación madre-pediatra y que ello tiene una importancia triple.

- 1) De veras facilitita en gran cantidad de casos el establecimiento de la alimentación materna, física y emocionalmente óptimas.
- 2) Es la oportunidad para que se establezca la comunicación que habrá de mantenerse para siempre, lo que ayudará a hacer en el futuro la educación del sueño, esfinteriana, alimentaria, de los juegos, etc.
- 3) Es de vital importancia para la reducción de la mortalidad infantil. La mayoría de los niños menores de 1 año que mueren, lo son por desnutrición como causa mediata. Los niños bien alimentados a pecho no sufren desnutrición y tienen pocas diarreas, bronquitis y deshidrataciones. Si los médicos que atienden a los niños insistieran en las ventajas y necesidad de la alimentación materna, se prestigiaría nuevamente este método material. Hoy, casi se considera que dar el pecho es algo de segunda categoría reservado sólo para cierto tipo de madres. Debe revertirse este concepto: si las mujeres “tipo ejemplo” de los medios de comunicación social (en general no siempre las mejores) amamantasen a sus hijos, y si las mujeres con mayor nivel cultural amamantasen a sus hijos, se crearía un factor de emulación y aquellas madres cuyos hijos hoy mueren con biberón y desnutrición serían inducidas a dar pecho, pues ello “daría prestigio”.

Embarazo

Lo antedicho se puede conseguir a partir de la comunicación madre-médico. Pero pretendemos ser más ambiciosos. Estamos convencidos

de que de ser posible debe comenzar dicha comunicación antes del nacimiento. Sería oportuno establecer la costumbre de que el matrimonio visitase al pediatra antes del nacimiento del niño. Se establecería así un vínculo muy oportuno y beneficioso para la relación futura.

En esas conversaciones prenatales (podrían ser dos o tres) se aclararían dudas, se darían informes y explicaciones y en especial se podrían tratar por ejemplo estos temas:

- 1) Establecimiento de la alimentación materna y preparación parto del pezón.
- 2) Sistema de atención y cuidados del recién nacido durante la estadía en el hospital o clínica, insistiendo en las ventajas de no separar al niño de su madre.
- 3) Conducta de los padres con los hermanos del recién nacido.
- 4) Eventual aplazamiento o no de un nuevo embarazo, conveniencia o no del mismo, y métodos que puede seguir el matrimonio para espaciar la concepción.

Sobre este punto vale la pena expresar un pensamiento y hacer una llamada de atención. Es fisiológicamente ventajoso que haya un espaciamiento razonable entre el nacimiento de los hijos. Por ello, la naturaleza determinó la falta de ovulación durante la lactancia, al menos durante los primeros meses de la misma.

Es frecuente que después del primer o segundo parto no se converse sobre estos puntos y luego, ante un tercer y cuarto embarazo a veces se presentan problemas, que parecen insolubles y angustian en forma desmesurada a los padres, y por lo tanto en parte también al médico. Entonces se proponen soluciones, que pueden estar en desacuerdo con principios éticos del matrimonio o de la mujer: empleo de preservativos, coito interrumpido, aplicación de diafragmas, espirales o toma de píldoras orales, etc.; para no mencionar las definitivas estéril izado ras de la mujer o del hombre.

En estos temas, una comunicación adecuada y profunda entre el médico y el matrimonio es fundamental. No es sólo responsabilidad del obstetra sino también del pediatra que no puede desentenderse del problema.

Es razonablemente conveniente por lo tanto, conversar por anticipado del problema ya desde el primer o segundo puerperio. Para ello hay que conocer el método natural del ritmo y de la temperatura basal, con el fin de enseñarlo a los matrimonios que lo soliciten o proponerlos a aquellos otros que no quieran recurrir —por razones éticas o personales— a métodos hormonales o instrumentales.

No debe olvidarse que el método de los períodos infértiles femeninos sólo da una seguridad relativa de infecundidad. La seguridad aumenta notablemente si se agrega la medición y anotación de la temperatura basal. Por lo tanto, el método del ritmo está indicado en aquellos casos en que —si bien se desea espaciar los embarazos— no es una necesidad absoluta y real la exclusión de una nueva gestación.

La conversación del pediatra con los padres sobre estos temas —en especial desde el primer embarazo o postparto— será muy beneficiosa y establecerá una comunicación útil para el futuro. Cuando en tiempo oportuno lleguen nuevos hijos deseados, los padres recordarán agradecidos los consejos y la comunicación establecida, justamente en tiempo oportuno.

Al hablar de este tema debemos enfatizar que —contra la costumbre— no nos hemos referido a la pareja. Hablamos del matrimonio o de los cónyuges. El abuso que se hace de la palabra pareja puede llevar al concepto de la unión circunstancial y temporaria de dos. Hablar de pareja es quedarse en algo muy primario y físico. Queremos dar la importancia, trascendencia y relevancia que merece, no la unión de dos en pareja, sino la unión de dos en presente y con promesa de futura fidelidad.

Lactante y Preescolar

Durante los primeros años de vida la relación del pediatra con el niño se realiza a través de la madre, pero cuando llega a la edad preescolar y más aún en la época escolar es necesario tener en cuenta a esa personalidad que va madurando y hay que relacionarse directamente con el niño, tanto con el sano como con el que se halla enfermo. Esta relación debe establecerse siempre, pero es insoslayable hacerla cuando el niño presenta un trastorno de conducta: agresividad, rabietas, enuresis, falta de progreso escolar, etc.

Cuando los padres consultan por estos problemas o similares, es frecuente que los médicos adopten alguna de estas posturas extremas:

- O se minimiza el problema y se indica a la madre que “no lo mime tanto” o “déle un chirlo bien dado”, agregando al mismo tiempo como medicación algún sedante de moda.

- O se maximiza el problema y se envía a la madre y al chico al psicólogo o al psicoanalista.

Ambas decisiones son erróneas. El médico que atiende niños, y el pediatra en forma especial, debe formarse y prepararse para escuchar con atención, para preguntar con inteligencia, para diagnosticar adecuadamente y para orientar a los padres sobre cuál tiene que ser la postura que deben adoptar con el hijo que presenta un problema. Demuestra tener una formación muy sectorizada e incompleta, el pediatra que es capaz de seleccionar varios productos comerciales con diferentes presentaciones de ampicilina o clorotiazida y que no sabe cómo encarar el tan frecuente problema del niño de 3 años que no quiere dormir solo y que todas las noches se pasa a la cama matrimonial.

La comunicación con los padres debe realizarse en todas las consultas. Tiene que ser ésta una técnica sistemática, tanto en las consultas hospitalarias como en las privadas, aunque procediendo así se demore más. Esta mayor demora quedará ampliamente compensada por los resultados. Al final, es más importante conversar sobre el rol del niño dentro del grupo familiar y aconsejar sobre cómo orientar su agresividad, que curar una adenoiditis o una bronquitis, que probablemente también hubiesen curado sin tratamiento.

Para garantizar la intimidad, cuando ya los niños son mayores de 2 años, la madre siempre debe pasar sola al consultorio. No hacer eso sólo cuando hay problemas psicológicos, pues entonces la mayoría de las veces que los haya no se los pesquisarán. A la madre que entró sola a la consulta en forma sistemática se le puede preguntar sobre cómo anda el niño en casa y en el colegio; cuáles son sus relaciones con ambos progenitores, con sus hermanos y con sus amigos; que tal duerme, come, juega y se entretiene. Si a todo ello la madre responde afirmativamente se puede considerar en general, que el niño se va desarrollando adecuadamente, que está bien integrado y es feliz.

Si existe algún problema: constipación pertinaz, mal rendimiento escolar, continuas contestaciones impertinentes, etc., debe establecerse un diálogo, lo más fluido posible explicando a la madre que esos problemas psicólogos tiene por lo general solución si se los enfoca adecuadamente. Para ello lo primero es que el padre y la madre estén realmente dispuestos a dedicar algún tiempo al problema, que quieran escuchar y comunicarse con su médico y que —lo más importante— acepten modificar en algo su conducta en las relaciones entre ellos, con el chico problema y con el resto del grupo familiar.

Es oportuno en estos casos invitar a los padres a concurrir solos al consultorio o hablar con más dedicación sobre estos problemas. Se deberá entonces con la mayor delicadeza posible conversar sobre el estado de las relaciones matrimoniales, cuyas alteraciones son muchas veces responsables de los problemas del niño.

Padres Separados

Cuando los padres están separados, es necesario estudiar el modo en que se encaró el problema ante el niño.

Es importante en estos casos hablar con los padres separadamente, y de ser posible también juntos, para explicarles que como médico no se está a favor o en contra de ninguno de los dos. Que no interesa si hay o no un culpable y que en general cuando dos se tienen que separar, ambos son responsables en mayor o menor grado. En especial, es necesario explicarles que nunca deben hablar mal del otro cónyuge al niño, aunque no proceda bien. El chico no tiene la culpa de lo que pasa y no hay que agregarle a su tristeza por no poder vivir con dos padres felices, la tristeza de que uno de ellos le diga con mayor o menor frecuencia que el padre o la madre, es así o así de incorrecto.

Los padres deben estar ciertos que el pediatra es neutral con ellos y siempre parcial a favor del niño.

Educación Sexual

Un tema sobre el que los padres deben ser también orientados por el médico es el de la educación sexual. Hay que ganar (perder, dicen mal, algunos) tiempo conversando con los padres sobre que la

verdadera educación sexual es educación para el amor; y el amor se vive, se transmite, no se enseña con explicaciones. De allí la importancia de cuidar siempre que la armonía conyugal se halle al más alto nivel.

Además, educación sexual es afirmar al niño en su propio sexo. Los varones imitarán al padre bien varonil y tomarán de su madre la idea de la femineidad. Lo mismo las niñas. Cuando llegue el momento de elegir novio o novia, buscarán a alguien que esté de acuerdo con la imagen que tienen del otro sexo.

Padres autoritarios o madres despóticas no tendrán derecho a enojarse de que sus hijas elijan un marido mandón o sus varones en una mujer autoritaria respectiva.

Dios los hizo dos: varón y mujer. Dos sexos. Cada uno con sus características y atributos físicos, psíquicos y emocionales propios. Los que pretenden reducir todo a una simple diferencia gonadal o genital, niegan la base fundamental de la creación. El unisex sólo existe en mentes o corazones enfermos. No existe en los animales, ni en los insectos, ni en los vegetales.

La educación sexual incluye también, finalmente, la información.

El médico al comunicarse con los padres, debe presionar y convencerlos de que ellos tienen que ser los que informen a sus hijos sobre: la diferencia entre los sexos, dónde crecen los niños (en la barriga de las mamás, cerca del corazón), por dónde nacen y también cómo se encargan los chicos (se unen en un abrazo al padre y la madre y aquí pone una semilla dentro de ésta; mientras Dios crea un alma al nuevo ser que se forma).

El Niño Adoptado

Cuando el chico es adoptado la comunicación que debe establecerse tanto con los padres adoptantes como con el niño tiene que ser lo más fluida posible.

Es necesario tener en cuenta que el niño adoptado debe resolver y elaborar una serie de problemas. Ante todo, hay que explicar a los padres, y a veces convencerlos, que es necesario decir la verdad al chico sobre su adopción.

Cuando son pequeños, o en la edad escolar, estos niños no presentan problemas. Hacen preguntas ¡nocentes y no les preocupa mayormente su origen. El hecho de que la mamá lo buscó y lo eligió cuando pequeño, aunque no lo llevó en la barriga, no les preocupa en demasía.

Mostrar temores o ansiedad al hablar de estos temas, o insistir en los mismos repetidamente, si les extrañaría. Ellos quieren y viven felices con su mamá y su papá (de ahora) y con sus hermanos, si los tienen, sean o no adoptados.

Cuando los niños llegan a la pubertad y adolescencia el tema les importa más. Les preocupa, y a veces seriamente. La verdad que siempre fue expresada por los padres, los ayuda a superar el problema y a integrar en su mente y en su corazón algo que es diferente de todos sus compañeros y amigos. El médico aclarará a los padres, que si en la adolescencia hay que ser comprensivo y cariñoso con los jóvenes, más hay que serlo aun cuando el muchacho o la chica son adoptados.

En ciertos casos, lamentablemente no infrecuentes, los padres no quieren decir la verdad a los chicos. Ello es un gran error psicológico y una tremenda injusticia. Error psicológico pues el vivir en la mentira es difícil. Los padres siempre tienen miedo y angustia de que se llegue a enterar, o que alguien les cuente. Y entonces ¿Qué pasará? —dicen o piensan—. Además, es tremenda injusticia porque no se puede negar a alguien el derecho de saber o tratar de conocer quién fue su madre biológica.

No hay fecha ni edad para comunicar a un niño que es adoptado. Siempre y sin excepciones “Hoy es peor que ayer y mejor que mañana”. Debe crecer desde pequeño sabiendo que: “la mamá que lo llevó en la barriga no lo pudo criar y por eso su mamá actual lo adoptó para cuidarlo, quererlo mucho y vivir juntos en casa para siempre”. No tiene dos mamás; solamente una, ésta, la que lo quiso, lo quiere y lo querrá siempre. Son importantes estos dos conceptos: una mamá y un papá (los actuales) y para siempre.

La fluida comunicación entre los padres, el niño o el joven y el pediatra favorece mucho la superación de los problemas. No obstante, aún en casos sin complicaciones, pueda ser necesaria la ayuda del psicólogo para apuntalar al paciente.

Internación en el Hospital

La comunicación del pediatra con el niño que se interna en el hospital o en la clínica hay que tenerla en cuenta a toda edad, especialmente cuanto más grande es el niño.

Hay que explicar al paciente por qué y para qué se interna. Explicarle qué estudios se le van a realizar y a qué tratamiento se lo va a someter.

Tiene que haber un médico responsable de cama que sea el que tome contacto con el niño o joven, le dé las explicaciones, le presente a sus compañeros, le informe lo que está pasando, y sea el nexo de unión entre el enfermo y los diferentes consultores, incluso con el consultor psicológico.

Hay que evitar caer en el frecuente error de que cada médico y cada consultor dé al niño y a los padres su propia interpretación de lo que está sucediendo. Ello desorienta, angustia y perjudica la recuperación.

Para favorecer la comunicación sería oportuno que a los niños mayores de 11 años se les entregara al internarse una cartilla con 20 o 30 preguntas en las que el paciente pudiese expresar libremente alguna de sus inquietudes y ansiedades, tildando el Sí o No de cada pregunta.

Lo anteriormente expresado cobra mayor relevancia aún, cuando se trata de un enfermo grave, de uno con varias reinternaciones o de uno que sufre una enfermedad incurable (insuficiencia renal crónica, tumor maligno, etc.)

En estos casos, la delicadez en comunicarse con el enfermo debe extremarse para aliviar, ayudar, confortar y consolar.

Adolescencia

La adolescencia es la época de la gran comunicación en pediatría. Parecería que justamente es lo contrario, pues de esta edad los chicos y chicas se ponen en general taciturnos y reservados. Pero justamente, es cuando más necesitan ayuda y orientación. No consejos y admoniciones. Pero sí comprensión y tolerancia.

El pediatra debe conservar y examinar a los adolescentes solos. A veces las chicas prefieren que esté la madre durante el examen clínico. Pero siempre hay que conversar un rato solo con el o la adolescente.

Ofrecerle la amistad y la oportunidad de aclarar dudas, malas interpretaciones, y orientarlos en problemas (o enfermedades) de origen sexual.

Hay que lograr una adecuada comunicación entre padres e hijos adolescentes y eso se logra más fácil si se orienta a los progenitores. Deben ellos conocer que cuando llega al despertar sexual se producen una serie de profundas modificaciones físicas, emocionales y psicológicas.

Las modificaciones físicas son el crecimiento somático, el cambio de voz, el acné, la seborrea, la telarca (en las mujeres y a veces algo en los varones), la pubarca en ambos sexos y, el crecimiento y desarrollo genital. Esos cambios se acompañan de importantes acciones hormonales y así aparece la menarca en los jóvenes y los derrames nocturnos y erecciones frecuentes en los varones.

Conversar con los padres sobre ello; explicarles los elementos básicos anatomofisiológicos, e insistirles en que luego ellos se comuniquen con los hijos es de gran importancia. Si antes que lleguen los cambios, los padres se los han anticipado, los chicos los reciben mejor, con menores problemas, hasta con alegría y optimismo. Y aprenden así a confiar y a creer más a sus progenitores.

En la esfera psicológica los adolescentes sufren cambios parejos a los antedichos. Su mente infantil, crédula y despreocupada, se transforma en crítica, interesada en lo nuevo, desconfiada de lo anterior. Hay continuos signos de contradicción, que se pueden resumir en dos grandes opciones:

- 1) la búsqueda de la libertad e independencia con elementos de manifiesta dependencia y;
- 2) el complejo de superioridad en diferentes tópicos del decir, hacer, vestir y opinar, alternando con actitudes y posturas de manifiesta timidez y sentido de inferioridad.

Es que el joven ya no es más un niño —por ello le molestan y a veces rechaza a los menores— pero tampoco es un adulto, y no le interesa estar entre ellos, ni sus conversaciones y opiniones.

La rebeldía y búsqueda de su propia personalidad determinan que los adultos —y en especial los padres— tengan que ejercer una especial delicadeza para tratar con ellos de manera de ganar su confianza y evitar el rechazo.

El pediatra debe explicar que no es cuestión de vivir juntos, de brindar tiempo para querer y escuchar. Aquí está la clave de la cuestión. Tiempo para querer.

Padres muy ocupados, muy preocupados en ganar posiciones y dejar más a sus hijos, no tienen tiempo para dejarle lo que ellos más precisan: su tiempo, para conocerlos y quererlos.

Y tiempo para escuchar. Una de las graves deficiencias de nuestra sociedad es que no hay tiempo para escuchar. En todos los niveles: en la oficina pública el empleado no nos escucha (no tiene tiempo), en la escuela o universidad el profesor no escucha (no tiene tiempo), en el consultorio médico, el médico carece de tiempo para escuchar. Y en casa tampoco hay tiempo para escuchar y comunicarse con el adolescente.

La adolescencia es también la edad del descubrimiento del otro sexo. De los o las amigas íntimas, de las confidencias, de los porters, los diarios personales, del despertar sentimental.

El conocimiento y trato entre los jóvenes es sumamente beneficioso para el mutuo madurar. No hay que pretender averiguar todo, saber todo lo que piensan y hacen los jóvenes. Pero sí los padres tienen que conocer lo fundamental de sus actividades y sobre todo de las amistades que frecuentan.

El problema de la drogadicción debe ser tenido en cuenta y conversado con los padres para que ellos se comuniquen a su vez con los hijos. Hablarles de las drogas psicoestimulantes (anfetaminas y otras) de las depresoras (metaqualona, diacepóxidos, etc.) o de las alucinógenas (Cannabis, LSD). Explicarles el modo habitual de comenzar y la habilidad de los traficantes para conseguir nuevos clientes.

Otro punto que el médico debe tocar con los padres es que tienen que recordar con frecuencia a los muchachos y chicas cuando salen, —sobre todo cuando salen dos jóvenes con mayor frecuencia— que al volver de un paseo o programa, regresen mejor o por lo menos igual que cuando salieron. Más sanos, más felices, más maduros. Y se

entiende por felicidad el sentido de propia perfección, de superación optimista de los problemas y de dominio de los instintos y las pasiones. Hoy es corrompida la interpretación popular de los términos amor, entrega, realización, felicidad. En vez de conducir a la elevación, al ejercicio consciente de la voluntad creadora, a la reserva de las propias fuerzas para algo mejor y más oportuno, al dominio del temperamento y del carácter, se interpretan como el camino para ceder a los gustos fáciles que sólo llevan al hastío, al resentimiento y a la frustración.

Las relaciones íntimas homo y heterosexuales no conducen sino a ello.

Pero son muchos los jóvenes de ambos sexos que han elegido el camino estrecho y difícil, pero el único que lleva a la felicidad y al bien.

Conclusión

Hemos expresado distintas facetas, todas ellas igualmente importantes, de la comunicación del pediatra con los padres y con los niños y jóvenes que él atiende. El médico está para curar, prevenir, ayudar y consolar. Mucho puede hacer si tiene en cuenta la importancia de la comunicación fluida y profunda.

Los curanderos actuales y los magos antiguos muchas veces curan o curaban por la sola acción psicológica. Los médicos no debemos olvidar que afortunadamente nuestra acción y nuestras curaciones tienen también algo de mágico y misterioso. Al menos el pueblo así lo interpreta, aunque a veces no nos demos cuenta. Por ello, debemos usar los instrumentos y los medicamentos para curar, pero también son indispensables: nuestro lenguaje, nuestros sentimientos, nuestra actitud. Hay que pensar que la mente y el alma humanas son prioritarias, aún en los niños.

Además, insinuar la búsqueda de los factores espirituales tanto a los padres como a los hijos, es decisivo en muchas situaciones.

Los médicos podemos hacer mucho, pero la fuerza de los sentimientos religiosos y la ayuda de Dios son aún más fuertes, sobre todo cuando ambas partes creen y tienen confianza en ello. De esta manera, nos comunicaremos con los pacientes y nuestra acción pediátrica será realmente integral.

d) Enfermedades Crónicas

Dr. Félix E. Puchulu

El carácter crónico, permanente, de la enfermedad impone a la relación médico-paciente la peculiar condición de su permanencia.

La persistencia de la afección, aunque con alternativas variadas en su curso, requiere una continua y frecuente comunicación con el médico, que por ello adquiere una fisonomía y fenomenología particular.

En el presente trabajo se enfocará la comunicación del médico con el enfermo crónico desde el punto de vista fenomenológico. La aplicación del método fenomenológico al estudio de la comunicación entre el médico y el enfermo crónico, permite *aprehender la esencia general* del fenómeno de la comunicación entre el médico y el paciente, y al exponerlo en sus rasgos esenciales pone de manifiesto los problemas que presenta, permitiendo tomar conciencia de ellos, a la vez que prepara para intentar una explicación e interpretación del proceso comunicativo y una solución eventual a las distintas circunstancias que pudieran influirlo desfavorablemente. Se describen a continuación los principales conceptos empleados en comunicación: Lo que transmite se llama *mensaje* y está constituido por la suma compuesta de la *información* y los "*ruidos*" o "*interferencias*" que la acompañan. Por *información* entendemos al conjunto de datos elaborados en el interior de un sistema, la transmisión del mensaje se hace bajo la forma de *señales* que puede ser de muy diversas características y que son la expresión codificada del mismo.

El emisor del mensaje lo *encodifica* y el receptor lo *decodifica* de acuerdo a un lenguaje preestablecido, convenido y aprendido.

El destinatario del mensaje se vale de los siguientes elementos para elaborar la información.

- 1) **Mecanismo receptor**, cuya función es posibilitar el ingreso de la señal recibida.
- 2) **Nivel de control**, que compara el mensaje recibido con el aprendizaje anterior acumulado en su memoria y cumple la función de comprender la idea contenida en la información el mensaje y de elaborar la respuesta.

3) **Mecanismo efector o emisor**, cuya función es emitir la respuesta.

El mecanismo y el enfermo crónico constituyen los dos miembros integrantes de un sistema de comunicación, cuyos rasgos fundamentales son los que se indican en la figura I.

La enfermedad genera un estímulo, una señal, que es percibida por el paciente a través de un mecanismo receptor constituido por los órganos sensoriales y los órganos propioceptivos que serán estimulados de acuerdo a la naturaleza del mensaje.

Una vez recibida la señal de enfermedad por el paciente, éste la analiza en su nivel de control, comparándola con conocimientos anteriores almacenados en su memoria y elabora una respuesta que se verifica a través de su mecanismo efector. Esta respuesta puede contener una indicación terapéutica apropiada que determine el restablecimiento del estado de salud y consiguientemente, la desaparición de la señal de enfermedad. Con ello se habrá producido una retroalimentación negativa, ya que la respuesta correctora emitida ha ocasionado la anulación del estímulo causal. Cuando la respuesta es compensadora como en este caso, se la denomina *valor de referencia convergente*. Pero puede ocurrir que la intensidad del estímulo supere la capacidad del nivel de control o que éste equivoque la comprensión del mensaje y consecuentemente, emita una respuesta incorrecta que no corrige el estado de enfermedad (*valor de referencia divergente*) el que al persistir generará nuevas señales que siguiendo el mismo circuito anterior determinarán que el *nivel de control* elabore una respuesta destinada a estimular niveles de mayor complejidad (*función escalonada*) hasta lograr una respuesta compensadora, o sea un *valor de referencia convergente*.

Este nivel de mayor complejidad está representado por el médico, quien recibe así el mensaje transmitido por el enfermo con un contenido de información sintomatológica y una variada carga emocional, expresado de acuerdo a su acervo socio-cultural, intelectual, costumbres, hábitos y creencias ("ruidos" o "interferencias"), que implica una verdadera codificación del mismo y que compete al médico decodificar, separando lo accesorio de lo fundamental e interpretarlo. Esta función la cumple a su vez el *nivel de control del médico* y en ella gravita su previa formación e información médica, su sensibilidad humana para

percibir en los gestos y actitudes lo que no se expresa por la palabra y un adecuado sustrato cultural que le permita adaptarse a las características del paciente y a las modalidades del mensaje recibido. Una vez interpretada la información recibida, el nivel de control del médico elabora la respuesta que transmite al enfermo por su mecanismo de emisión, el lenguaje: y que está constituida por un mensaje cuyo contenido consta de las indicaciones médicas correspondientes, impregnadas por una personalidad médica necesariamente comprensiva y profundamente humanística, que otorgue a su palabra, a su gesto y a su lenguaje en general, una propiedad terapéutica, tranquilizadora, esclarecedora, orientadora y educadora que necesita y aguarda con ansiedad el paciente crónico. El mensaje así transmitido será recibido por el enfermo, quien lo interpretará en su *nivel de control*, elaborando una respuesta que concretada por medio de su mecanismo efector será determinante de un efecto corrector de la enfermedad, habiéndose logrado un *valor de referencia convergente* que al volver al organismo al estado de salud suprime la generación de nuevas señales de enfermedad, con lo que nuevamente se verifica una *retroalimentación negativa*, esta vez mediante la participación de niveles de mayor complejidad que se alcanzan por medio de una función escalonada.

La resultante de este sistema de comunicación circuital, no lineal, se evidencia en el cambio de actitud y de conducta en el enfermo, con tendencia general del sistema a desplazarse a un nuevo estado de equilibrio cuyo objetivo último es la salud del paciente.

El carácter crónico de la enfermedad determina, y esto marca la diferencia con las afecciones agudas, la repetición a corto plazo de los mismos síntomas y signos anteriores o de otros, con lo que el enfermo reinicia la comunicación con la transmisión del nuevo mensaje que sigue el curso ya descrito. La reiteración de la comunicación, en donde los mensajes recibidos por cada uno de los dos miembros del sistema determinan modificaciones en sus respectivos comportamientos, otorga al mecanismo el carácter de circuito regulador o conmutación circuital, mejor conocido como de *retroalimentación*, componente característico de todo acto cibernético.

Este *modelo cibernético ideal* de comunicación y manejo terapéutico del enfermo crónico está expuesto, en su desarrollo, a distintas circunstancias que pueden eventualmente gravitar desfavorablemente en el buen éxito del mismo. En tal sentido. Siguiendo el ordenamiento

del sistema descrito cabe destacar los siguientes hechos desfavorables y su posible solución:

A) En el enfermo:

- 1) La forma diferente de manifestarse las diversas enfermedades crónicas: Artrosis, artritis y reumatismo. Gota, afecciones cardiovasculares (insuficiencia coronaria, infarto). Alérgicas y afines (eczema, Psoriasis, Asma bronquial). Aparato digestivo (úlceras pépticas, dispepsias gástricas, biliar o intestinales). Aparato respiratorio (bronquitis crónica, enfisema). Diabetes. Afecciones del Sistema Nervioso Central y órganos de los sentidos entre otras.

En aquellas en que la exteriorización se efectúa esporádicamente en forma de crisis agudas con prolongados períodos asintomáticos (gota por ejemplo), se le hace difícil al enfermo tomar conciencia de su padecimiento, aceptarlo y mantener ininterrumpidamente las medidas terapéuticas. Podría decirse que la transmisión del mensaje médico no es recibida o mejor dicho percibida con suficiente intensidad o convicción. Cabe al médico insistir y procurar mejorar en forma adecuada al paciente su manera de llegar con el mensaje terapéutico.

- 2) La distinta aptitud para percibir los síntomas de enfermedad.
- 3) Deficiencias en el nivel de control del paciente (disminución de su memoria, capacidad de razonamiento, etc.) Que determinan dificultades para la comprensión del mensaje y/o elaboración de la respuesta correspondiente.
- 4) Dificultad del paciente para transmitir su mensaje al médico por circunstancias diversas (incomunicación por la distancia, inhibición por actitud timorata y otros rasgos de su personalidad, incapacidad para expresarse con claridad y/o precisión respecto a la intensidad de su padecimiento por deficiencias culturales, personalidad neurótica: negación, rebeldía, indiferencia). Cada situación debe ser reconocida por el médico para procurarle la adecuada solución o terapéutica asociada correspondiente.

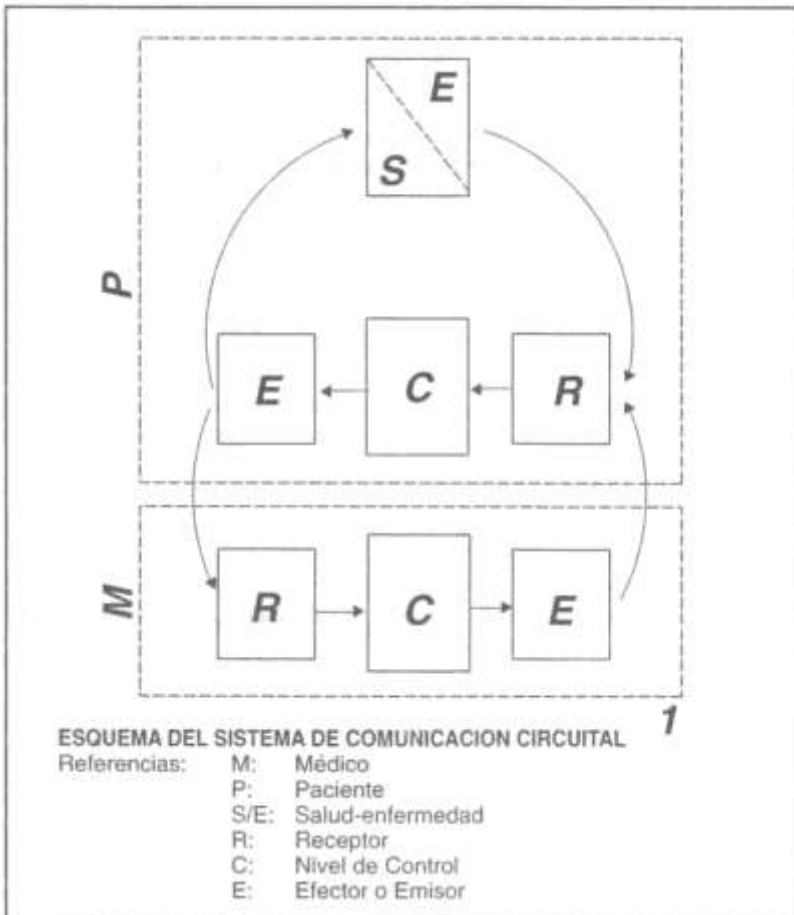
- 5) Dificultad para recibir y/o entender el mensaje médico conteniendo las indicaciones terapéuticas debido a deficiencia perceptiva o de entendimiento por el paciente (senilidad, alteraciones auditivas o visuales, deficiencias mentales) o al lenguaje médico inadecuado para el nivel intelectual y/o cultural del enfermo. Debe buscarse la solución procurando pacientemente expresar las indicaciones en forma que sean comprensibles para el paciente y contando, de ser posible, con la colaboración de un familiar o allegado del mismo.

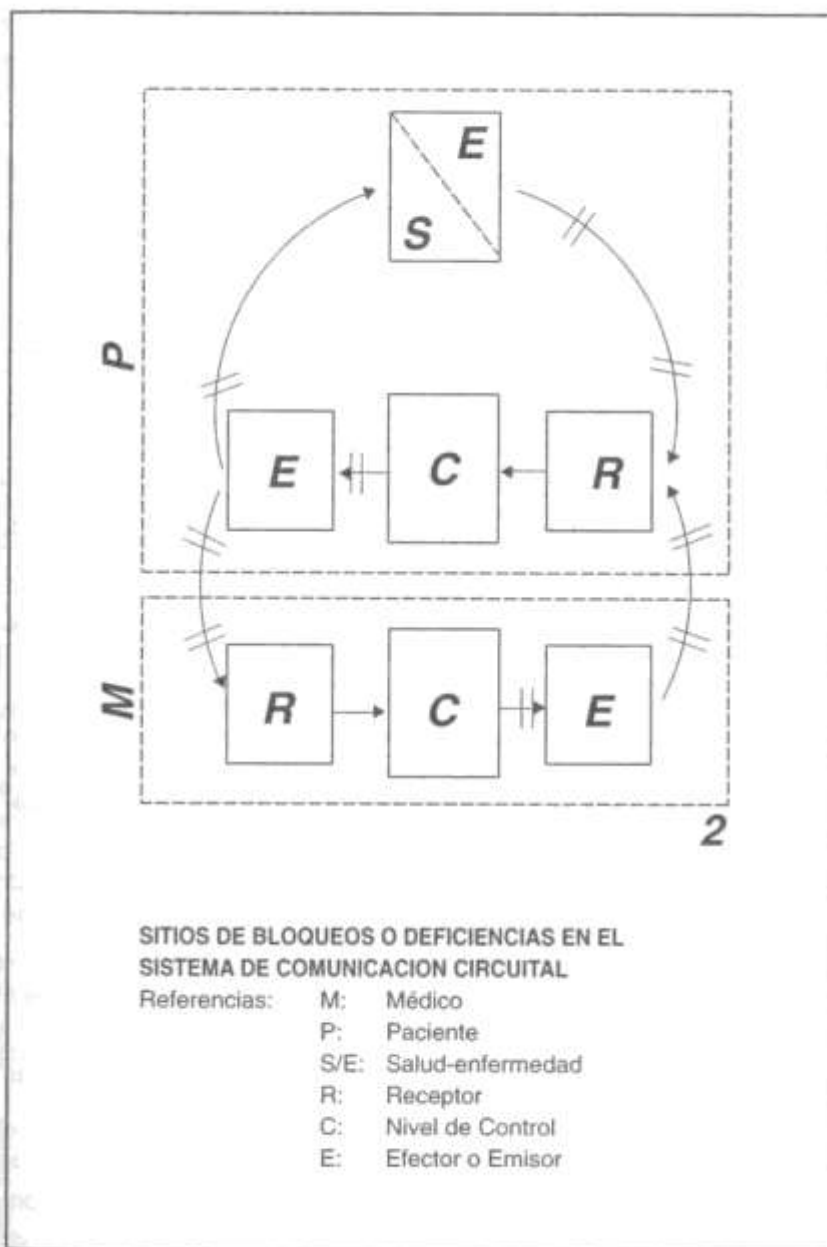
B) En el médico:

- 6) Disminución de su aptitud y posibilidad para recibir y decodificar el mensaje del enfermo debido a: tiempo de consulta insuficiente, rasgos inadecuados de su personalidad (impaciencia, neurosis), fatiga psíquica y tensión nerviosa sostenida, insuficiente capacitación en la especialidad motivo de la consulta. Las soluciones son obvias en cada caso.
- 7) Elaboración de una respuesta incorrecta en el nivel de control médico debido, por ejemplo, a una formación o información insuficiente en el problema motivo de la consulta.
- 8) Dificultad para una adecuada transmisión del mensaje conteniendo la información terapéutica, originado en tiempo de consulta insuficiente, agotamiento por exceso de tareas, incapacidad para crear un ambiente propicio para aceptación y/o comprensión de las indicaciones por el paciente. Independiente de la solución que corresponda a cada situación planteada, puede contribuir a paliar la transmisión incompleta, la colaboración de entidades de bien público como las de ayuda a los afectados de enfermedades cardíacas, reumáticas, diabetes, afecciones neurológicas y otras, que entre otras finalidades cumplen con la de instruir y educar a los pacientes en distintos aspectos referentes a su enfermedad, para lo cual emplean diversos procedimientos (conferencias, revistas, publicaciones, grupos de esclarecimiento, etc.)

En síntesis, la comunicación del médico con el enfermo crónico debido a la índole permanente de la relación, adquiere características

especiales, cuya esencia está expresada en la generación de un sistema circuital de regulación de la información, que por su continuidad en el tiempo y necesidad de periódicos ajustes configura un modelo cibernético de manejo terapéutico del paciente. Bloqueos, interferencias o deficiencias en cualquiera de los niveles de elaboración, transmisión, recepción y comprensión de los mensajes por parte de los miembros del sistema, impiden, o dificultan la adecuada y necesaria comunicación requerida para la concreción de las medidas terapéuticas dirigidas al mantenimiento o mejoramiento de la salud del enfermo crónico.





e) Cirugía***Dr. Jorge L. Corbelle***

El cuidado de los enfermos se ha deteriorado en los últimos años, y ello se relaciona a menudo con las graves dificultades por las que atraviesa nuestro país, que han repercutido tan severamente en los medios hospitalarios.

Factores económicos, falta de personal, mediocres organizaciones, atraso en la adquisición de modernos elementos de diagnóstico, incapacidad en la dirección de los hospitales, se contraponen al perfeccionamiento y al gran desarrollo científico. Analizando estos antecedentes no aparece una respuesta firme al problema hospitalario.

Entre tantas quejas el cirujano olvida que existe una relación con el paciente, y que tanto en el hospital como en la práctica privada experimenta diariamente diferentes manifestaciones de interacción personal. Aprendizaje y comunicación son un mismo proceso, existe la intención consciente o inconsciente de establecer un determinado tipo de relación.

Si realizáramos una encuesta hospitalaria comprobaríamos que existe un amplio descontento general entre los enfermos, acentuado en ciertas mutualidades; y entre los factores que contribuyen a este disconformismo, resalta uno importante, la pobre y escasa comunicación entre el enfermo y el cirujano.

Finalmente la calidad del cuidado médico depende de la interacción del enfermo y el cirujano; y existen marcadas evidencias de que en la práctica corriente esta relación es descuidada o ignorada.

Si para el cirujano el hospital es el jardín del espíritu, la cirugía debe significarle meditación, consuelo, esperanza.

¿Cuáles son los sentimientos, las ideas, las inquietudes, las resignaciones del hombre enfermo?

¿Cuándo comenzó la deshumanización del paciente?

¿Cuándo nuestra profesión pierde responsabilidad, vocación, desvía su sacerdocio, ignora la caridad, la piedad?

La Enfermedad Quirúrgica

El Paciente y sus Problemas

La enfermedad quirúrgica desencadena diferentes sensaciones, a ellas se agregan nuevas experiencias para el paciente en lo que se refiere a los métodos diagnósticos, la reacción de su familia y la de sus amigos.

El paciente quirúrgico es vulnerable, susceptible.

La internación (privada, hospitalaria, en una mutual) y la futura intervención quirúrgica constituyen otra experiencia que necesita distintos grados de adaptación.

El enfermo quirúrgico padece generalmente un mal orgánico, el cirujano —por su formación— no está preparado para hacer frente a todos los problemas ni para explicarlos adecuadamente en el preparatorio, comunicarse con los familiares y continuar una cierta relación de tipo humanístico.

Hay pacientes hospitalarios, de mutual e incluso algunos de la práctica privada que casi no conocen o no llegan a conocer a su cirujano; la realidad es que existen cirujanos que no se comunican con los enfermos, o no tienen idea que ello es imprescindible.

El diagnóstico de la enfermedad y la intervención quirúrgica requieren una mutua colaboración paciente-cirujano, un diálogo bilateral en el cual el profesional debe conseguir con su ascendiente, con su cultura y cierta sencillez en el vocabulario la confianza del enfermo y de su familia.

Las instrucciones clínico quirúrgicas deben ser comprensibles, pero en ocasiones faltan explicaciones para un sinnúmero de cuestiones relacionadas con la enfermedad, de cómo enfocar la forma de vida, y es el cirujano el que no está capacitado para responder a tales preguntas.

Desde la primera consulta queda establecida la relación paciente-cirujano, intercambio complejo y dinámico de mensajes verbales y no verbales, conscientes e inconscientes.

Esta interrelación a nivel humano —la comunicación— debe ser inteligible por ambas partes. El cirujano debe hacerse entender, también explicar y escuchar, ello es esencial para la relación. La intención

consciente o inconsciente de la comunicación debe referirse a un cierto tipo de relación psicosocial entre el paciente y el cirujano. Este —espontáneamente e intencionalmente— debe favorecer el acercamiento al proceso de interrelación humana, que aumentará la comprensión y la efectividad, evitando deformaciones o minimizaciones exageradas.

La verbalización, los ademanes e incluso la mímica intervienen en esta comunicación, y el lenguaje médico debe adecuarse al nivel del paciente, para no excluir a quienes no dominan este vocabulario. Las sofisticaciones no tienen lugar, tampoco la crueldad o la indiferencia.

Los enfermos privados reciben un mejor trato y una comprensible explicación del acto quirúrgico, de ahí que el contacto humano entre ambos sea más intenso. No hay apresuramientos. Por otra parte los pacientes de la práctica privada —generalmente de una categoría social más elevada— tienen una relación más directa y humana con el cirujano.

En nuestro país los cirujanos —latinos al fin— solemos ser muy conversadores, olvidando que debemos hacerlo ante determinadas personas, en el momento oportuno, en su justa medida y necesidad para el enfermo.

¿Por qué ser atentos con el paciente privado quirúrgico y su familia, y no recordar en el hospital la verdadera motivación de nuestra profesión?

Ya son problemas la despreocupación del cirujano con algunos medios de diagnóstico complementarios, que establecen una virtual y mala relación paciente-cirugía, ello en la clínica privada, en los hospitales y particularmente en la mayor parte de las mutualidades.

La incapacidad es también causa de mala relación y de fracaso. El cirujano pierde su responsabilidad y desearía huir ante esta situación, algunos lo consiguen, abandonan todo. El cirujano que tiene una vocación bien orientada, convicciones religiosas, condiciones ético-morales, el cirujano que ha sufrido, se apiada de sus enfermos; jamás un médico debe arrepentirse de lo que ha estudiado, ni renegar de su profesión; existe un camino para la felicidad en nuestra práctica diaria, el estudio constante, el trabajo intenso y vivir para los demás no para uno mismo.

Loudet señala que en la relación médico-paciente existe un diálogo entre el sufrimiento curativo, o paliativo, o meramente exploratorio, que en ocasiones sufrirán complicaciones, en esta última contingencia el cirujano generalmente pierde su euforia habitual, aquietando —sin saberlo— las interrelaciones emocionales, desconociendo la angustia del paciente y lo que es más grave adoptando cierta rigidez espiritual ya esbozada en el pre-operatorio e incrementada ante el fracaso quirúrgico, o por la lógica impotencia ante una enfermedad avanzada. El cirujano como medicamento específico, como “drug-doctor” rechaza las emociones de sus pacientes, desconociendo que la interrelación humana es el auténtico agente terapéutico.

El cirujano frenará su excitación ante el éxito de un acto quirúrgico difícil y pensará en la vida del prójimo, en este caso del paciente.

La religión y la fe en Dios Incrementarán nuestros sentimientos y pensaremos profundamente en el enfermo grave, en el complicado, en el canceroso incurable, y en sus familiares. Con los años la comunicación con ellos será agradable, humana, clara y bondadosa, un acto más unido a la cirugía.

El cirujano debe comprender y conocer que la historia de la vida de un paciente es única e irrepetible.

Aquel que consigue comunicarse con sus enfermos, ha brindado tal bienestar terapéutico, que su arsenal psicológico supera las proezas de cualquier bisturí.

“Buen médico es aquel que ha recibido su vocación como un don del cielo. La personalidad del médico es algo que no se adquiere” (Karl Jaspers).

La Conciencia del Cirujano Su Personalidad

Junto a los conocimientos clínicos y al instrumental técnico-quirúrgico que emplea, se sitúa la conciencia del cirujano con su instrumental psicológico. El médico debe desarrollar y manejar estas dotes psicológicas, plenas de franqueza emocional, receptivas a un aspecto fundamental de su actividad: “Saber escuchar”.

Debe aprenderlo en el curso de su vida para ello hay métodos científicos que transforman “el yo”, “el somático” acercándolo a Dios, al hombre y a sus pacientes. El cirujano ante el enfermo no debe ser impersonal; el sacerdote es bondadoso, cuidadoso, alienta y abriga fácilmente a cualquier enfermo, por la divina vocación y por sus conocimientos; los cirujanos deben imitarlos aunque sólo sea en un acercamiento por su propia personalidad, por su mayor o menor facilidad para establecer relaciones humanas, por su emotividad, por su simpatía, por su carácter, cultura, intuición.

Pero no es esto lo que hemos visto en el curso de nuestra carrera ni lo que hemos practicado siempre.

Simpatía y tolerancia —en ocasiones aparentes— en la práctica privada, avidez quirúrgica y deshumanización del paciente en algún medio hospitalario o en ciertas mutualidades.

La atmósfera impersonal de algunos servicios de cirugía, particularmente de mutuales, fomentan la deshumanización del enfermo.

La comunicación con el paciente y las condiciones necesarias para la aplicación de los factores psicológicos de cirujano sólo se consiguen si existe entre ellos una mutua y profunda afinidad, que permitirá aplicar con el máximo resultado el “médico-medicamento”.

Ante la diversidad de tareas asistenciales, quirúrgicas, docentes y de investigación, es difícil para el cirujano adquirir o modificar su sensibilidad, orientándola a la captación de sus propios procesos inconscientes.

La conciencia del cirujano forma parte de un sistema operativo, pues comprende los sentimientos comunes de la sociedad, en este caso, los dolores, las angustias y los sufrimientos del prójimo. Por ello, todo lo que sentimos, realizamos, pensamos, diagnosticamos, operamos, es algo que nos pertenece, con el conocimiento interior del bien que debemos hacer y del mal —físico o moral— que debemos evitar.

Esta capacidad de reflexión permite al cirujano autoconocerse y autojuzgarse como persona, por medio de un conjunto de formas lógicas pertenecientes a la conciencia y que se proyectan hacia el mundo exterior, hacia el mundo de nuestros enfermos.

El cirujano debe autocontrolar las emociones que surgen en la relación médico-paciente luego de un acto quirúrgico difícil, ante una

complicación, ante el rechazo inconsciente que le produce un paciente —ya operado— con un cáncer incurable.

El “cirujano-hombre bueno” debe poseer una actitud optimista y brindar siempre una esperanza con el tratamiento instituido a pesar de los obstáculos que enfrenta en el cuidado del enfermo.

La vida del cirujano es difícil; existen tensiones continuas, intervenciones quirúrgicas prolongadas, cansancio físico, mental y emocional; pesadas responsabilidades que cursan a lo largo de su carrera y que pueden alterar el equilibrio en el juicio y en la conciencia.

El aspecto y la personalidad del cirujano experimentado son generalmente conocidos y comentados por sus pacientes y allegados, así como su bagaje de conocimientos científicos, pero su conciencia quirúrgica es relativamente conocida.

Las emociones y las angustias que lo agitan ante el dolor y la desesperanza de sus enfermos no son apreciadas en su justo término, y raramente es estimado por ellas; sólo su familia y otro cirujano de idéntica experiencia pueden hacerlo.

Un buen cirujano debe tener a su lado a la angustia, supremo recurso de la conciencia que le permite hacer lo mejor por el enfermo, con sus conocimientos, con la consulta a otro colega, afrontando circunstancias imprevistas, no anticipadas.

Dice Rudolph Matas: “Feliz es quien escuchado la voz de su conciencia, oirá un murmullo en su oído, serán palabras reconformantes que le dirán ante cualquiera de sus fracasos, complicaciones, muertes, que él ha hecho todo lo bueno posible, no lo malo; oirá esto en esta tierra donde la alegría y la miseria viajan juntas; verá que sus manos, aún manchas de sangre no se diferencian de las de Cristo, pues finalmente han aliviado más sufrimiento que causado “dolor”.

La piedad permite compartir las aflicciones de los enfermos, la compasión, la ternura y particularmente la angustia del cirujano son compatibles con la firmeza, con el enfrentamiento de las complicaciones.

La paciencia y la simpatía —inagotables— serán compañeras de las decisiones rápidas, de la inflexibilidad y de una fortaleza moral revitalizada ante problemas y obstáculos graves, en ocasiones insalvables.

Alteimeier señala que a través de las tormentas políticas y de períodos difíciles registrados en la civilización humana la conciencia ha

sido “el alma y la psiquis del cirujano”, que junto a los conocimientos científicos y/a los problemas de estos tiempos lo ha motivado en la búsqueda del mejor tratamiento para los pacientes.

La calma del cirujano y su aspecto exterior no perturbado no significan desprecio por el sufrimiento o indiferencia por la vida humana. La práctica de la cirugía no debe suprimir nuestros más nobles sentimientos ni nuestra sensibilidad.

Este es el momento de preguntarnos quién nos enseñó esto en el transcurso de nuestra vida; y quién lo orientó en nuestra disciplina en beneficio del paciente.

Aspectos Inconscientes de la Comunicación Paciente-Cirujano

Ubicada en una gran variedad de procesos inconscientes de la comunicación, la personalidad del médico es un valioso agente diagnóstico, y terapéutico, su efecto sobre el enfermo es de tal importancia, que en muchos casos es decisiva en la curación del mismo; las actitudes inconscientes paciente-médico tienen considerable influencia en el éxito del tratamiento y en el propio desempeño del médico.

Estas interacciones inconscientes entre el cirujano y el paciente han sido investigadas en la práctica, en el trabajo de cada día, pues el cirujano se encuentra enfrentado con profundos factores emocionales luego del tratamiento instituido.

Si bien estos procesos merecieron desde la época de Sigmund Freud una investigación psicológica por medio del psicoanálisis, es mérito de Michael Balint, psicoanalista húngaro, haber desterrado definitivamente la idea de Freud de convertir al médico en un “minipsicoanalista”. Fue Walter Furrer, psiquiatra suizo, quien publicó un método para estudiar y demostrar los aspectos inconscientes en las relaciones médico-paciente (“Obtektivierung des Unbewussten - 1969).

La transferencia del paciente —particularmente sus expectativas inconscientes y sus actitudes hacia el médico— y la contratransferencia del profesional —su inconsciente reacción emocional ante el enfermo— constituyen los extremos de la comunicación inconsciente; los hallazgos psicoanalíticos y la interacción de los procesos psicodinámicos en la relación médico-paciente han permitido demostrar la existencia de una comunicación no verbal a nivel inconsciente.

En el método descrito por Balint se practican sesiones de trabajo que desarrollan el medicamento específico —el propio médico— utilizándolo en la práctica diaria a nivel terapéutico. El grupo Balint “clásico” comprende grupos de ocho a doce médicos, bajo la dirección de un psicoanalista o de un internista familiarizado con el método, que se reúnen generalmente cada quince días durante varios años, estudiando en común las realidades, los hechos psicológicos de la relación médico-paciente.

Otros grupos se reúnen durante una semana cada año (“trabajo fraccionado”), de ellos derivan los seminarios, dirigidos —como señalara Balint— a una comprensión más científica y más práctica del médico en su relación con el enfermo, aprendiendo a manejar su instrumental psicológico y a aplicar su propia personalidad como agente terapéutico.

Existe también un Balint “clásico”—núcleo central—con el mismo número de integrantes que exponen su experiencia personal en los aspectos psicológicos de la relación médico-paciente, en la “periferia” se ubica un número mayor de médicos —30 a 100— que pueden intervenir activamente en las discusiones.

Furrer aplicó el esquema de Balint a los pacientes “uno tras otro” señalando la importancia de los “actos fallidos” y del “método de de-reflexión” (terapia mediante un dibujo sin tema”).

El médico tiene en ocasiones algunos sentimientos poco definidos que se expresan indirectamente por “actos fallidos”:

- * olvido de un paciente en el consultorio.
- * no visitar un enfermo operado en el sanatorio, luego de intervenir otro paciente.
- * no recordar el nombre o la patología.
- * confundir los nombres.
- * no entregar una receta ya redactada, etc.

La reacción consciente ante estos incidentes —afectos subliminales— debe ser utilizada a nivel terapéutico; no son contrariedades enojosas sino manifestaciones de la relación médico-paciente.

Cuando el cirujano olvida el nombre de un enfermo ello debe relacionarse con la actitud personal hacia él: es un cierto tipo de defensa emocional.

Según Furrer el conocimiento de tales reacciones inconscientes de contra-transferencia clarifica la relación con el paciente, brindando diferentes grados de información.

La confusión de nombres —no de personas— son errores procedentes del inconsciente que proporcionan datos valiosos sobre la problemática no accesible a la conciencia del médico, de la relación éste con el paciente.

Furrer no pretende con su método sustituir las posibilidades de autocontrol que ofrecen los seminarios —muchos más complejos— de Balint; pero aquél orienta al médico práctico en el esclarecimiento de las alteraciones emocionales no conscientes, pero que interfieren en la interrelación.

La propuesta de Furrer es la de corregir conscientemente las actitudes erróneas antes del encuentro con los enfermo, y con seguridad el autocontrol emocional en la práctica médica.

En lo que respecta al material pictórico usado para objetivar la comunicación inconsciente consiste en garabatos ejecutados simultáneamente por el médico y el paciente, no pudiendo ver ni el uno ni el otro su respectivo papel (W. Fuerrer - Neue Wege zum Unbewussten - 1970).

No hay consulta oral previa, pese a ello los garabatos del médico y el paciente surgidos durante la terapéutica del silencio son tan similares, que constituyen una demostración real y objetivo de los procesos inconscientes de comunicación. Los resultados de este “método de de-reflexión” que emplea el dibujo sin un tema, constituyen pruebas de la visualización de los procesos psicodinámicos básicos de la interrelación inconsciente médico-paciente.

Esto es muy significativo en la práctica médica pues quedan demostrados por un método testado y comprobado los efectos irracionales tanto de la personalidad del médico como aquella del paciente. Estos estudios constituyen un gran progreso, paralelo a las grandes conquistas de la ciencia médica: gracias a Balint aprendimos a considerar científicamente los efectos emocionales del médico-medicamento, y por los estudios de Furrer se objetivaron los factores psíquicos inconscientes de la relación médico-paciente.

Prevención de los problemas de la comunicación con el paciente quirúrgico

La prevención se basa en los aprendizajes prolongados específicos ya señalados por Balint, creador del método de trabajo grupal, y por Furrer.

Esta metodología debería practicarse en los estudiantes y en los recién graduados —residentes; agregando campañas de educación sanitaria orientadas a los padecimientos y a los enfermos; algunos alumnos demuestran un absoluto desinterés, o muy poca habilidad en la relación con los enfermos como personas.

El residente de cirugía debe ser introducido en un sistema de patología orgánica que lo acerque al paciente, incrementando su interés y su atención objetivamente, orientando al trato humano del enfermo.

La educación médica debe comprender cursos racionales que inician el contacto constructivo con los pacientes, minimizando los estados anímicos que deterioran la comunicación (ansiedad, apuro, desprecio, indiferencia, etc.) facilitándola en la entrevista cirujano joven-paciente.

Afortunadamente desde hace años no nos referimos el enfermo por el número de cama o por la patología que padece; o por el acto quirúrgico realizado.

Los estudios en Educación Médica orientaron a un mejor trato junto a la cama del paciente ("The bedside manner"). Saludar al enfermo, estrecharle la mano y llamarlo por su apellido no son concesiones anormales sino convenientes, que tienden a la humanización de las personas enfermas.

Existe incomunicación, la atención es cada vez más impersonal y el médico no utiliza los medios o los instrumentos psicológicos para abordar íntegramente al hombre-enfermo.

La expectativa creada, por ejemplo, por la llegada del cirujano se desvirtúa cuando él actúa exclusivamente sobre el órgano enfermo que requiere tratamiento, abandonando la integridad del hombre, de un cuerpo total.

Se tratan las enfermedades no los enfermos.

Es evidente el deterioro de la conciencia quirúrgica, una serie de factores la alteran y la desafían continuamente en nuestro tiempo; en los

últimos años los acontecimientos políticos y sociales, los descalabros económicos y la desjerarquización de nuestra profesión han conseguido disminuir su nivel; nos corresponde guiarla correctamente para el mejor cuidado y tratamiento de nuestros enfermos.

No cabe esperar, sino motivar a nuestros residentes.

El recién graduado debe comprender que se inicia, que penetra en una de las más nobles profesiones; que no tendrá ni debe exigir grandes compensaciones económicas.

Su actividad se orientará al logro del bienestar de sus pacientes.

Mediante el privilegio del estudio y de la investigación conocerá los problemas más íntimos del prójimo, de sus enfermos, quienes depositarán en él la confianza tanto por sus males físicos como morales. Este real privilegio no es conocido ni apreciado por el médico joven.

La dedicación plena del residente de cirugía durante 3 o 4 años lo motivan en el tratamiento de las enfermedades clínico quirúrgicas, muy poco al tratamiento de los pacientes con una enfermedad, olvidando otros aspectos que son verdaderos problemas: los económicos, los familiares, los sociales, todos combinados con la patología en estudio.

Cabe recordar que el residente de cirugía, aprende, asimila del Jefe de Servicio no sólo los conocimientos científicos, la habilidad quirúrgica, el juicio clínico, sino también su filosofía, su honestidad, su carácter y la mayor o menor atención dispensada a la felicidad de los pacientes. Corresponde orientar a los jóvenes graduados en los principios fundamentales del "arte de la medicina", y no abandonarlos solos a su intuición.

Nosotros fuimos abandonados a ella, a nosotros nos cabe el futuro del bienestar del paciente, insistiendo en la importancia de la comunicación en la medicina asistencial, en la humanización hospitalaria del paciente quirúrgico y de su familia.

Mucho se ha escrito sobre la cirugía de la desesperanza, basada en actitudes pasivas, pero lo que no debe ser nunca pasivo ni olvidado es la esperanza de la palabra, la caridad, la piedad, la paciencia.

El bisturí puede fracasar, la medicina de la esperanza nunca.

Terapia Intensiva

Dr. Carlos R. Gherardi

Los servicios de Terapia Intensiva se han insertado orgánicamente en la estructura hospitalaria dentro de los modernos sistemas de cuidado progresivo para la asistencia de pacientes. De este modo, el cuidado intensivo —que primariamente surge de la necesidad de agrupar en un medio físico a toda la tecnología de que dispone la medicina para la observación y el tratamiento del paciente crítico— ocupa el extremo de mayor complejidad en un plan de atención médica que incluye en su otro extremo a las salas de autocuidado para pacientes crónicos.

Este nuevo nivel de cuidado médico, surgido espontáneamente por una motivación asistencial, condujo a un distanciamiento del encuentro médico-paciente exponiendo paradójicamente a este último a un riesgoso deterioro psíquico.

El examen cuidadoso de las posibilidades en intercambio emocional entre el médico y el paciente en un medio de cuidado intensivo cabe tener en cuenta la historia reciente de los servicios de Terapia Intensiva y la existencia de cuatro factores que operan como limitantes distintivos de lo ocurrido en otras áreas asistenciales.

- 1) El paciente que con distintos grados de conciencia es sometido con impersonalidad a complejos exámenes instrumentales que no conoce;
- 2) El médico, que además de no poder sustraerse de la tensión que provoca la atención de la emergencia vital, todavía no maneja con claridad los límites y el alcance de esta especialidad;
- 3) El ambiente físico que concentra toda una compleja tecnología que se interpone de alguna manera interfiriendo el contacto médico-paciente;
- 4) La transitoriedad de la relación médico-paciente que se instala abruptamente sin programación previa y que será por definición efímera en su extensión.

Historia

En nuestro país los servicios de Terapia Intensiva no han nacido en virtud de un metódico estudio de factibilidad sino a través del empuje y la vocación intensa de diversos grupos de médicos interesados en este tipo de pacientes; y si bien la motivación primaria de la creación de un sector destinado a lo que llamamos terapia intensiva ha sido la necesidad de concentrar en un mismo ámbito todo el instrumental —y con ese fin se adaptaron los antiguos hospitales y sanatorios y se diseñaron nuevas áreas—, con el transcurso de los años se han ido delineando los alcances de lo que podría denominarse una especialidad, produciendo esto una transformación en el primitivo concepto asistencial.

En este sentido, esta disciplina presenta rasgos distintivos de lo que hasta el momento se entiende por especialidad médica dado que no estudia una enfermedad específica o un grupo de enfermedades afines, o un sistema o aparato anatómico o fisiológico, vinculándose más con la medicina interna o definiéndose como una especialidad con plena autonomía.

Así Terapia Intensiva comenzó a concentrar no sólo todos los enfermos que necesitan el apoyo de la tecnología que estos servicios disponen para su atención o tratamiento (por ej. respiradores, marcapasos), sino también aquellos otros que necesitan una estrecha vigilancia en algún momento de su enfermedad, circunstancia ésta última que se agudiza en nuestro país por la carencia de un sistema progresivo de atención, que incluya otros niveles de cuidado médico (terapia intermedia). De este modo comienza a surgir una especialidad destinada para asistir un momento evolutivo —el estado crítico— de cualquier enfermedad potencialmente recuperable, permitiendo una nueva descripción de lo que puede denominarse genéricamente “la fase aguda de la enfermedad”.

Esta historia del advenimiento de terapia intensiva en la atención médica permite comprender sobre sus alcances y límites en una estructura sanatorial y hospitalaria; la indefinición sobre los criterios de admisión y egreso, los defectos y virtudes de los servicios monovalentes o polivalentes, la gestación de una nueva medicina que puede llamarse del estadio agudo, la excesiva agresividad de muchos métodos diagnósticos y terapéuticos cuya correcta ponderación corresponde justamente a estos años, etc.

Frente a esta problemática así planteada puede comprenderse que la comunicación con el paciente se inserta como un eslabón conflictivo más e incluso que ésta se modifica, se dificulta y aún se pierde por estas sucesivas transformaciones aún no definidas.

El Paciente

El tipo de paciente que se asiste en terapia intensiva varía considerablemente según las circunstancias que motivan su ingreso.

Cuando éste se efectúa programadamente, como en el caso de postoperatorios complejos (cirugía cardiovascular) es imperativo el conocimiento previo de la sala por parte del enfermo, de su estructura física, del instrumental que presuntivamente puede usarse (respirador) y de los objetivos generales de su internación temporaria en este tipo de servicio. Asimismo cuando el paciente se interna con criterio preventivo (infarto del miocardio sin complicaciones) es posible y absolutamente necesaria la correcta información del enfermo sobre el objetivo de su internación. En un medio como el de terapia intensiva en que todo puede ser recibido como una constante agresión durante las 24 horas del día el paciente debe ser previa y cotidianamente informado acerca de que todo lo que se efectúa tiene como premisa fundamental su defensa frente a una presunta complicación. Si esto se logra con los pacientes que tienen un grado normal de conciencia, cada acto médico o auxiliar se asumirá como una protección, llegando a extremos de resistir el propio paciente su egreso hacia las salas generales por temor a la falta de control. Sin duda la cultura sanitaria popular apoyará en este sentido todo el esfuerzo que inevitablemente ahora recae en el personal médico y paramédico que rodea la paciente en esta emergencia.

Otra problemática presentan aquellos pacientes que ingresan sin programación previa y generalmente por un accidente agudo (coma, insuficiencia respiratoria grave, edema agudo de pulmón) que generalmente perturba en algún grado su estado de conciencia. En estos casos cuando la recuperación se produce y la lucidez sobreviene en el enfermo internado, se percibe toda la actividad de la sala como una constante agresión.

En otra circunstancia la comunicación con el enfermo es imposible si no se atiende primariamente el requisito previo de la mera información acerca de su internación en esta sala en cuanto lo permita el estado de conciencia del

paciente. Este hecho, que así descrito parece tan obvio no es habitualmente asumido por el personal médico o paramédico de un servicio en que cada uno está demasiado urgido por su misión frente a la totalidad de los internados, para detenerse en cada caso individual.

En este punto resulta importante destacar que el familiar habitualmente no facilita un correcto grado de acercamiento, dado que ellos también comparten el desconocimiento sobre la índole de la sala y frecuentemente transmiten al paciente un alto grado de temor, inseguridad e intranquilidad.

El médico

El grupo médico de una sala de terapia intensiva comprende necesariamente un conjunto de médicos de guardia que cumplen tareas continuadas durante 24 horas efectuando la asistencia vertical del enfermo prestando su principal atención de la emergencia aguda de ingreso o en las que se suscitan durante su internación. Este médico, normalmente acuciado por la atención de las situaciones de emergencia y a cargo de las correspondientes maniobras instrumentales no tiende lógicamente a un acercamiento vital con el paciente y su comunicación no va más allá de lo que concierne a sus respuestas somáticas.

En la sala de terapia intensiva resulta indispensable la existencia diferenciada de un grupo de médicos de planta, cuyo número será el adecuado a la cantidad de camas, que efectuará lo que puede llamarse por oposición a lo anterior el seguimiento horizontal del enfermo que tiene en cuenta con criterio totalizador su evolución clínica por encima de la atención de cada emergencia vital. Este médico de planta -que existe ya en algunos servicios de terapia intensiva— es el que además de ejercer por su experiencia y su función una actitud moderadora en la actitud diagnóstica y terapéutica, será el agente que intente y logre establecer una verdadera comunicación con el paciente. La relación médico paciente comienza cuando éste recibe toda la información a que hemos aludido anteriormente y aquel médico de planta que diariamente convive con él, debe ser el portador de esta seguridad de que normalmente se carece en esta área asistencial.

En este punto el conocimiento por parte del médico acerca del verdadero alcance de esta especialidad permite y facilita el acercamiento médico-paciente. En efecto la compleja tecnología se aplica a cada

paciente internado y la cantidad de números biológicos, trazados, registros y otros datos que se recogen horariamente no debe reemplazar ni relegar el examen clínico cotidiano que enseña la medicina interna y que es además por sí misma un acto de comunicación.

Se ha postulado la integración de un médico psiquiatra en los servicios de terapia intensiva, lo que nuestra experiencia indica que es importante a efectos de clarificar ante el grupo médico y auxiliar los aspectos relativos a la situación psíquica del paciente en un medio como nos ocupa. Contrariamente estimamos que el médico psiquiatra no puede ni debe asumir rutinariamente una actividad asistencial con el paciente internado sino en situaciones que configuren la constitución de un verdadero síndrome psiquiátrico, en cuyo caso además de precisar un agudo y difícil diagnóstico diferencial es menester de tratamiento farmacológico del mismo.

Dentro del grupo humano constituido por personal no médico que trabaja en terapia intensiva, los auxiliares, mucamos y/o asistentes sociales deben desempeñar un rol importante en la comunicación con el paciente desde que éstos se acercan a él para cumplir funciones atinentes a sus necesidades personales (aseo, alimentación, etc.) sin vinculación con los habituales controles de signos vitales. Contrariamente, el sector de enfermería igualmente que los médicos de guardia, se encuentra muy presionado por la atención de la urgencia y el cumplimiento de las órdenes médicas lo que dificulta un acercamiento personal al paciente.

El área física

El estudio de las condiciones que deberá reunir el área física destinada a terapia intensiva ha sido muy extenso desde el comienzo de esta modalidad asistencial, y las diversas modificaciones que se han efectuado desde su inicio hasta ahora, reflejan de algún modo el cambio operado en el concepto de la especialidad y consecuentemente del tipo de paciente que se va a tratar.

En efecto, siguiendo la idea inicial de incorporar masivamente toda la tecnología médica a un área donde se asistían enfermos casi terminales aunque teóricamente recuperables, el ámbito físico debía reunir condiciones aptas de movilidad y visibilidad para el personal, sin divisiones fijas de separación entre pacientes y con todas las especificaciones necesarias para la correcta utilización del instrumental.

En cuanto esta área asistencial fue transitada por pacientes lúcidos se advirtió el grado de agresión que los médicos y sus auxiliares, trabajando en un ambiente abierto, ejercían sobre enfermos de muy distinta gravedad, la importancia para el paciente de la falta de sensación noche-día, la carencia de toda relación temporal, la ausencia de contacto con cualquier elemento de la naturaleza, la ausencia de intimidad, la visualización de pacientes sometidos a las más diversas maniobras de resucitación, etc.

El conocimiento del perjuicio potencial y real que un área de este tipo puede inferir llevó a una modificación progresiva que aún se observa para adaptar las condiciones ambientales hacia los dos tipos de pacientes que se han delineado precedentemente.

Transitoriedad de la relación médico-paciente

Finalmente este factor puede actuar como limitante decisivo de la comunicación del médico con el paciente. En este sentido, por definición en esta especialidad el paciente se encuentra abruptamente en un medio y con un médico que generalmente no puede elegir y esta relación durará un tiempo muy limitado y también finalizará abruptamente.

Por encima de las consideraciones que hemos hecho respecto de todos los factores señalados, la imposibilidad de elección del médico y la breve relación conspirarán siempre contra una fluida comunicación. En este aspecto la figura del médico de cabecera puede facilitar esta relación brindando al paciente el componente de seguridad y confianza imprescindibles en este medio inhóspito y extraño para el.

Puede decirse sin temor a equivocarse que el médico de cabecera no debe abandonar su paciente durante su paso en terapia intensiva sino lo que lo "abandona" un clínico cuando lo somete a una intervención quirúrgica. Cuando el paciente pasa a terapia intensiva el médico de cabecera cede su conducción terapéutica a un grupo médico conveniente entrenado en el tratamiento de la fase evolutiva de la enfermedad, pero su presencia diaria junto al paciente y a ese grupo médico puede y debe facilitar esta comunicación tan conflictiva y difícil en esta área asistencial.

Del análisis de cada uno de estos factores, que pueden examinarse hoy con la visión crítica que ofrece la experiencia de más de diez

años de esta nueva modalidad asistencial, surgen las pautas que deben elaborarse para mejorar la comunicación con el paciente internando en Terapia Intensiva.

- 1) Revalorar el diseño del área de Terapia Intensiva teniendo en cuenta los dos tipos de pacientes que ingresan en este medio.
- 2) Definir con mayor precisión los alcances de esta especialidad, la función de los médicos de planta y la colaboración de un psiquiatra en esta área.
- 3) Propender a que el médico de cabecera ejercite toda su responsabilidad cuando su paciente permanece en Terapia Intensiva.

Enfermedades Incurables

Dr. Julio A. Bellomo

Entre las muchas cosas que debe aprender el médico práctico luego de su graduación se encuentra el cómo tratar al enfermo desahuciado o moribundo.

Cabe remarcar especialmente la importancia de centrar y delimitar con cuidado el problema. Plantearlo exclusivamente en la pregunta: ¿Hay que revelar al enfermo su próxima muerte?, no se aleja de la verdadera cuestión.

El problema es mucho más amplio y la respuesta a aquella tradicional pregunta si decide inmediatamente si se plantea en términos más integrales, “comprensivos” de la persona toda.

En realidad, es ésta una situación límite de la común relación médico-paciente y por encima de todo, esa relación es eso, “relación”, vínculo y los protagonistas de esa relación, para completar con un esbozo de línea de conducta.

El vínculo

El enfermo busca en la relación con su médico una ayuda, pero implícitamente —porque así se le ha mostrado siempre en el mundo

occidental, poseedor de un rol muy definido—, esta ayuda es solicitada por los planos más primitivos de la persona total: el instintivo, el físico, el psicosomático, el afectivo, el psicológico, etc. Todos ellos se encuentran claramente separados de los pertenecientes a otras esferas: la intelectual, la moral, por ejemplo.

¿Para qué busca esa ayuda en esos planos primitivos?. En las etapas que lo llevan a la muerte, el paciente asume la verdad de ella lenta y progresivamente.

El enfermo busca en el médico la ayuda para asumir su verdad en esos planos en que el profesional juega su “rol”; el físico, el psicológico, etc.

De allí que pase a un segundo plano que se explicita la “verdad” de la muerte al enfermo. Porque aun señalándosela con claridad meridiana podrá negarla y viceversa.

El problema es “Cómo encaminaré a esta paciente a su verdad?”. “¿Cuál es y cómo le ayudaré a asumir toda “su” verdad posible?”

Variedad al fin y al cabo de un proceso de comunicación, la relación se establece mediante todos los medios posibles, mediante un paquete comunicacional de infinita variedad: el médico debe estar dispuesto a conversar o a callar, a escuchar o a actuar. El enfermo marca el paso en el vínculo.

Pero cuidemos de olvidar que el cuerpo es parte fundamental de la relación. El paciente debe ser revisado, se lo debe tocar, percutir, auscultar. No debe olvidarse la relación primitiva piel a piel que es inherente al acto médico.

El enfermo y su familia

Los sentimientos y afectos más importantes que el paciente pone en juego durante el proceso que lo lleva a la muerte son:

Miedo

Este miedo puede ser sumamente real y profundo y se separa en una serie de temores que se agregan al fundamental miedo a la muerte:

- * Miedo al dolor
- * a perder el coraje
- * a la dependencia física
- * a ser abandonado
- * a la pérdida no sólo de la vida, sino de familiares y amigos
- * a transformarse en una cosa

Depresión

La depresión es la reacción afectiva normal frente a la pérdida de un objeto apreciado. En este caso es la pérdida no sólo de la vida sino también de la familia, del "status", de los amigos, de las actividades no terminadas, etc.

Angustia y ansiedad

La ansiedad implica una peculiar inquietud y zozobra. La angustia agrega una cuota de tristeza frente a lo desconocido que se presume negativo.

Frente a estos sentimientos primitivos, se ponen en juego mecanismos de defensa que los hacen más tolerables:

Negación

- Se rechaza el diagnóstico, o bien lo acepta pero no reconoce sus implicancias.
- O se está eufórico a pesar de su evidente decadencia.
- O se insiste en una dependencia en desacuerdo con las posibilidades. Y aún llega a actitudes paranoides.

Agresividad

El enfermo puede agredir al grupo que lo rodea, incluyendo al médico.

Regresión

A medida que el enfermo deviene más físicamente disminuido, la regresión es el fenómeno habitual. Se convierte literalmente en un bebé rodeado de figuras maternas y revive técnicas que utilizó cuando niño: petulancia, quejidos, demanda la atención continuada, etc.

Kubler Ross, de acuerdo al predominio de los diversos sentimientos primarios y mecanismos de defensa señala que el paciente pasa por cinco fases reconocibles, aun cuando puedan estar parcialmente superpuestas.

Primera fase: negación y aislamiento, donde predominan los mecanismos de defensa.

Segunda fase: ira, en que el enfermo muestra su agresividad.

Tercera fase: pacto, en que proporcione soluciones transaccionales.
Es el momento de la búsqueda de soluciones mágicas.

Cuarta fase: depresión.

Quinta fase: aceptación, sin miedo ni desesperanza. Es el momento de la “espera sin problemas”. En esta etapa es cuando se llega al estoicismo frío en sus formas más elevadas.

Pero el hombre es un ser social. A través de él se expresa la sociedad que lo rodea y particularmente su familia.

La familia se enferma conjuntamente con el desahuciado y a veces más que él mismo. El médico debe tratar el enfermo y a la familia conjuntamente y debe conformarse un equipo médico-familia.

El médico

El médico ha sido preparado para la salud. Su función, según se le enseña en los centros universitarios, es “conversar y restaurar” la salud, más que auxiliar al enfermo a un mejor vivir, vivir que incluye la muerte como acto final de la vida.

Cuanto más poderoso se siente al poder cumplir mejor aquella tarea de restaurar la salud perdida, tanto más profunda es la depresión que le produce el encuentro cotidiano con la muerte.

Por otra parte, “sólo cuando una persona puede conversar tranquilamente sin ansiedad innecesaria o emoción de su propia muerte, se encuentra en condiciones de participar en la experiencia de otra muerte con compasión objetiva”.

Ante esta situación conflictiva a veces difícil de tolerar, pone en juego diversos mecanismos defensivos.

1. Activismo terapéutico: a menudo visto en nuestras Salas Hospitalarias y en especial, en las Salas de Terapia Intensiva.
2. Fuga: Se rechaza la atención, disminuyendo el número de visitas o abreviándolas por motivos más o menos plausibles.
3. Negación.
4. Agresividad: con frecuencia, se siente agresivo con el enfermo. Esta agresividad puede desplazarse hacia el Hospital, el grupo de médicos compañeros, el sistema sanitario, etc.
5. Otros mecanismos: si bien los anteriores son los mecanismos defensivos contratransferenciales más frecuentes, puede observarse toda la gama de reacciones, aún las más graves.

Actitud que debe tener el médico

La descripción anterior contiene en germen la línea de conducta que se debe seguir.

En cuanto a los fundamentos de la relación

1. El objetivo de la relación es que el médico comparta con el desahuciado la verdad de su próxima muerte en la medida en que el paciente como persona total se favorezca.
2. El fundamento de esta conducta es la relación interpersonal que se establecerá entre ambos.
3. El médico no abandonará al paciente.

En estos momentos de la vida, es un ser fundamental.

En cuanto a los medios de comunicación (de relación).

4. Pondrá en juego los medios de comunicación adecuados a aquellos que el paciente ofrezca en cada momento evolutivo.
5. El examen físico tiene importancia fundamental.
6. Dispondrá de tiempo suficiente.
7. El paciente recibirá toda la información que pida.

En cuanto a la atención de las reacciones afectivas del paciente

8. Será capaz de tolerar y manejar para el bien de la persona total los mecanismos defensivos y las reacciones afectivas que ponga en juego frente a la muerte lentamente vivenciada.
9. Frente al miedo utilizará los tranquilizantes, recordando que ellos no eliminan las causas. En ese sentido debe darse oportunidad a la franca conversación de los temores.
10. La depresión exige escuchar al enfermo, señalando aquellos aspectos positivos de su vida del pasado.
11. La negación debe ser respetada pero no con complicidad, fieles a aquello de que debe irse al mismo paso que el paciente: ni más ligero ni más despacio.
12. En todos los casos, la terapéutica psicológica debe ser fácil y directa. Un error de principiantes es tratar de interpretar aquí sueños o situaciones.

Es útil usar técnicas de comportamiento o apoyo, señalando la persistencia de la humanidad del enfermo en los hijos o en la memoria de los amigos.

En cuando a las reacciones afectivas del médico.

13. Se arbitrarán los medios para que las propias reacciones afectivas sean neutralizadas en favor del bien del paciente y aun de sí mismo.
14. En los profesionales que por su especialidad estén en continuo contacto con situaciones conflictivas (cancerólogos por ejemplo), los grupos de discusión polidisciplinaria son una ayuda inestimable.

15. Se respetará el derecho de morir tanto como la vida. Se distinguirá entre “preservar la vida” Y “prolongar la muerte”.

Lógicamente, una decisión de este tipo es muy difícil y obliga a una cuidada valoración de todos los elementos en juego.

16. El análisis de la vida del enfermo muchas veces contrapone la propia vida del médico y su cuestión central: “¿Estoy cumpliendo con mis potencialidades?.

La clave es la asunción de la propia muerte. No respeta la vida sino quien acepta su propia muerte.

(*) Bibliografía: “Comunicación en Medicina” Actas del Simposio realizado por la Fundación A. Roemmers. 1997