

## EL MEDICO COMO PACIENTE

Dr. Horacio López (\*)

El punto de partida es la relación médico-paciente (RMP), pero en donde alguien, por arbitrio de una eventualidad (la enfermedad), debe colocarse en un plano que no le es ajeno ni desconocido y que habitualmente es objeto de su mirada y preocupación, pero regido esta vez por reglas de juego y propósitos distintos, y a quien la ansiedad lógica de la enfermedad como drama pone a prueba su búsqueda de eficacia.

### Los hábitos del médico

En general, todo médico-paciente no sólo ha orientado con la búsqueda de eficacia su práctica frente a la enfermedad, sino que también ha construido con ella mucho de su identidad.

De por sí la enfermedad como drama, es decir, el sufrimiento experimentado, los síntomas sentidos, representan un ataque a la personalidad de todo enfermo. Es frecuente que el médico-paciente también aprecie las consecuencias de la enfermedad sobre los distintos niveles de equilibrio, tanto en lo físico como en lo psíquico, y, por lo tanto, trate él mismo y/o colabore en restablecer o mantener los distintos planos de ese equilibrio, indispensables para la propia lucha contra la enfermedad.

### El médico enfermo

Se trata de un médico acostumbrado al manejo de la llamada "disociación instrumental", es decir, poner algo de distancia respecto a la problemática que lo convoca, para así poder mirar con más discriminación y objetivar no sólo los vaivenes de la enfermedad misma, sino ya las demandas de un sujeto sufriente. Aquí el médico enfermo no desconoce la concreción y fines de este movimiento que se coloca frente a él, pero en virtud de la objetividad de la que hablábamos, no se lo incluye globalmente sino sólo instrumentalmente.

### El médico que trata al médico enfermo

En este caso, lo cambiante del comportamiento habitual del médico quizás esté en relación al esfuerzo, discrimi-

minación y objetivación, que el mismo médico necesita desplegar. Aquí es posible que se desarrollen fantasías y temores en relación al control y fiscalización de su rol, puesto que al menos en su subjetividad, el médico tiene menos certeza acerca de la pasividad del otro (su circunstancial paciente) y de la propia autoridad, dos cuestiones siempre entrometidas que es posible que se potencien dado que ambas no le son extrañas.

Influyen en el comportamiento tanto la estructura psicológica como el objetivo que quiere alcanzar con su tratamiento.

### Situación ideal

También puede ocurrir que el "aquí y ahora" de la situación misma se desarrolle en un marco de participación mutua y recíproca donde existen roles definidos y diferenciados, pero sin que marque subordinación y/o supremacías.

Todo puede ser bien conducido si se da en el marco de una RMP donde el médico tratante debe saber que él puede influir hasta por el simple hecho de cómo hacer partícipe al propio paciente en el proceso mismo de la enfermedad.

### Bibliografía consultada

Foucault, M., *El nacimiento de la clínica*, Ed. S. XXI, 1987.

Hollender, M.H., *The psychology of medical practice*. Filadelfia, Saunders, 1958.

Israel, L., *El médico de cara a la enfermedad*, Ed. Des-sart, 1968.

Schenider, P.B., *Psicología aplicada a la práctica médica*, Ed. Paidós, Bs. As., 1986.

(\*) Servicio de Psiquiatría - Hospital Privado.

## LA RELACION MEDICO-PACIENTE (RMP) EN LOS ROTULADOS COMO PACIENTE DIFÍCIL

### El paciente difícil

Dr. Enrique Caeiro (\*),  
Dr. Ricardo Pieckenstainer (\*\*)

Hay situaciones prácticas y cotidianas que podrían acercarnos a la definición de paciente difícil desde la perspectiva de la RMP.

Probablemente la más frecuente de todas sea la falta de confianza por parte del paciente con su médico, ya sea por ocultamiento u omisión de datos durante la entrevista, la dispersión de los síntomas o el incumplimiento de las indicaciones médicas, lo que envicia el razonamiento, despista al médico y dificulta la RMP.

No pocas oportunidades son aquéllas en las que el médico se enfrenta a una patología compleja y difícil, de complicado diagnóstico o situaciones en las que no se llega a un diagnóstico definitivo; durante todo el proceso el médico transmite al paciente y a sus familiares todas sus dudas y ansiedades, las cuales son devueltas a través de objeciones y recriminación de incumplimiento, lo que frustra aún más al médico.

Para entender los matices o mecanismo por los cuales un paciente es o se hace difícil deben efectuarse algunas consideraciones preliminares.

La simpatía o empatía es la base de un RMP fructífera. Empatía o simpatía es pasar la cerca del lado del paciente y quedarse allí para entenderlo y vibrar con él, volviendo de este lado de la cerca cuando es necesario el razonamiento o la objetividad. No pasar la cerca es falla de comprensión, no retornar tiene el peligro de un subjetivismo no científico.

La empatía-simpatía es entonces no sólo una emoción o sensación que nos identifica con el enfermo sino también un instrumento curativo. Los pacientes no traen síntomas "vacíos" sino llenos de expectativas, miedos, ansiedades; esto puede generar en el médico una barrera que lo separe del enfermo.

Estas sensaciones evocadas en el médico por el paciente varían desde enojo-rechazo por ansiedad hasta admiración, todas las lógicas o esperadas, pero que deben ser manejadas o reguladas para no perturbar la objetividad.

Un hecho importante en la relación médico enfermo y en la empatía-simpatía son los mundos de suposición muchas veces diferentes del médico y el enfermo. No siempre somos conscientes de la diferencia de estos mundos de suposición. Es algo parecido pero no idéntico a lo que se llama contexto socio cultural: depende no sólo de la estructura social-familiar-ambiental sino además de la personalidad de cada uno.

La comunicación en la relación debe ser bidireccional y para el médico debe ser informativa (con datos aprovechables), promotora (de acción, de razonamiento) y evocativa (de hechos o experiencias anteriores que ilustran sobre la actual).

Uno de los componentes importantes de la RMP es lo que puede llamarse sexto sentido, o experiencia emocional en el médico, provocada por la actitud o relato del paciente.

Puede ser fundamental para el diagnóstico o tratamiento cuando los hechos objetivos son equívocos o inconclusos. Es frecuente y quizá comentable que la enseñanza y la praxis de la medicina, tal como están planteadas, tienden a alejarnos del sexto sentido.

Hay controversia o duda sobre si la empatía-simpatía-sexto sentido pueden ser enseñados o aprendidos en la enseñanza de la medicina. De lo que estamos seguros, es que pueden ser transmitidos en la relación maestro-discípulo.

El realizar la historia clínica es el mejor campo para ejercitar la función simpática o empática.

Quizás la causa más común de lo que podemos llamar

(\*) Jefe del Servicio de Clínica Médica

(\*\*) Médico Residente (M3)

paciente difícil es una falla de la empatía-simpatía-sexto sentido. La otra causa corriente de paciente difícil es la personalidad del paciente. La personalidad puede definirse como un modelo duradero de experiencia interior y comportamiento afectando áreas cognitivas, afectivas, de relación con otros y de control de impulsividad.

De acuerdo a estos criterios se diferencian una serie de trastornos de personalidad. Los trastornos de personalidad son frecuentes en la comunidad y quizás afecten al 10 % de la población de consultorios o de pacientes.

Esto se ubica en la causa o el fondo de muchas presentaciones de enfermedad, o modifican las características de una enfermedad orgánica concreta.

Podría decirse que el paciente difícil es quien por la naturaleza de sus problemas, o por su personalidad o por nuestras fallas, nos presenta a su enfermedad como desorganizada. Cuando alguien se enferma y hasta cierto momento, la enfermedad se comporta como desorganizada, con el enfermo sufriente, con fantasías y temores y el médico sin diagnóstico, con inseguridades y vacilaciones.

En cierto punto, la llegada o definición del diagnóstico hace que el médico adquiera seguridad y estimule a que el paciente asuma el rol de enfermo, con las ventajas e inconvenientes que esto trae. El paciente difícil posterga o impide la aparición de este modelo de enfermedad organizada.

Es opinión de algunos que hay 3 tipos de pacientes difíciles:

1. el médico como paciente y su familia (consideración aparte);
2. pacientes difíciles como persona y como pacientes. Son detectables con el test de Minesotta;
3. pacientes con patologías complicadas o raras; éstos últimos quizás sean en los que se requiere la atención conjunta del médico de cabecera y el equipo de Salud Mental.

Nuestro consejo para que el paciente difícil no altere la relación médico-enfermo es el esforzarse al máximo en la empatía-simpatía y de considerar sólo a nuestras fallas y no a los errores del paciente.

