

RELACIONES CON EL PACIENTE

Dr. Asdrúbal Raudales A. *

Aunque habitualmente, al hablar de relaciones, se hace alusión en primera instancia a las relaciones médico-paciente, esto es injusto y, además, incompleto, porque hay que considerar a todo el equipo de salud, y aún más, a todo el equipo humano que tiene que ver con el paciente, cada uno tiene un papel que desempeñar, y circunstancialmente cada papel puede ser el más interesante.

Las relaciones con el paciente pueden ser directas —como las del médico o la enfermera, para el caso—, o indirectas —como las del personal administrativo o de cocina, por ejemplo—. Los dos tipos de relaciones son importantes, pero obviamente más las relaciones directas. El mobiliario y las disponibilidades físicas del local deben ser adecuadas, pero son más importantes las actitudes del personal o los standards de enfermería.

El conocimiento exacto del rol que cada miembro del equipo de salud tiene, es básico; esto significa no sólo responsabilidad o dedicación, sino también capacidad; ambas cosas son necesarias para una buena relación con el paciente.

Un buen sistema de relación equipo de salud-paciente, significa planificación y entrenamiento del personal, no sólo en aspectos técnicos y científicos, sino también de relaciones humanas.

La relación equipo de salud-paciente está siempre supe-
ditada a factores económicos en gran medida; pero la acti-
tud egoísta de considerar sólo lo que significan honorarios
médicos, servicios de enfermería, hospitalización, etc., no
determina una buena relación, a menos que se le conceda al
paciente una explicación pormenorizada de los gastos, algu-
nos de cuyos rubros pueden ser discutidos con él, o por lo
menos dados a conocer.

La atención del paciente debe ser panorámica, o lo que
es lo mismo, dirigida a todos los aspectos suyos como indivi-

* Jefe del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la U.N.A.H.

dúo enfermo, como persona sico-bio-social y no como cuerpo enfermo.

Por otro lado, el enfermo debe darse cuenta de que hay un equipo de gentes que se interesan en él y que se relacionan con él para ayudarlo.

La relación debe estar fundamentada en un respeto mutuo a la dignidad. Habitualmente sucede que el paciente sí debe respetar al médico, a la enfermera y al resto del personal, pero hacía él hay una actitud de superioridad y dominación, sobre todo de parte del médico. No debe olvidarse que, aún enfermo, el individuo sigue conservando su dignidad y sus valores.

El único sistema positivo de relación es el que se hace en sentido horizontal, en un plano de igualdad. La relación de arriba hacia abajo disminuye y ofende al enfermo; la relación de abajo hacia arriba resta al médico y a todo el otro personal autoridad, capacidad de decisión y efectividad.

Toda relación equipo de salud-paciente no debe ser fría o sea desprovista de sentido humano, sino matizada en mayor o menor grado, de acuerdo a las circunstancias, con empatía o simpatía. La dosificación de esto dependerá del tipo de paciente, la dolencia que le aqueja, la clase de procedimiento operatorio o terapéutico que hay que usar, etc.

Ciertas clínicas u hospitales modernos utilizan el sistema de computación electrónica en el diálogo médico-paciente ; los pacientes son interrogados mediante un cuestionario filmado que aparece en una pantalla, dando sus datos directamente a la computadora. En la obtención de servicios, a su vez, el paciente, con apretar botones, tiene a su disposición alimentos, puede movilizar una silla de ruedas o una camilla, etc. Este sistema ahorra tiempo, personal y tal vez dinero, pero despersonaliza o deshumaniza la relación.

El paciente, por razones de identificación para su atención técnica y administrativa, tiene un número; el médico, la enfermera o cualquier persona que lo atiende, se refiere a él como "cama tal"; esto lo coloca en la situación de una cosa numerada, y a nadie le gusta ser solamente un número; para algo le ponen a uno nombre.

La cortesía y las buenas costumbres hacen que se utilicen ciertas normas éticas; no implica mucho esfuerzo preceder al nombre palabras sencillas como "don", "el señor", "la señorita", etc., y esto favorece la relación.

Habitualmente el paciente tiene la vivencia sistemática de estar siendo ayudado; esto es bueno, pero no debe tener la vivencia de que se le tiene lástima o compasión, o de que se le está utilizando como material de trabajo, o como fuente de ingresos pecuniarios; tampoco de que se le tiene temor por el contagio o asco por su enfermedad.

El paciente tiene derecho a recibir explicaciones sobre su dolencia y a hacer preguntas que deben ser siempre contestadas.

Los temores, las inquietudes, las dudas, la inseguridad, los sentimientos de culpa del personal, dificultan la relación adecuada, de la misma manera que los malos modales. Todas estas cosas pueden crear en el paciente las mismas reacciones o dar lugar a agresividad, hostilidad, o falta de colaboración.

El paciente es un ser humano, tiene por consiguiente ideas, sentimientos, emociones que debemos tomar en cuenta y respetar. Nosotros somos también seres humanos y tenemos lo mismo; el intercambio debe existir en sentido bilateral, no sólo exigiéndole a aquel que respete lo nuestro, sino también permitiéndole que exponga sus puntos de vista.

El tiempo es factor indispensable, sobre todo para el médico. No olvidemos que igualmente lo es para el paciente, que también trabaja y que está ocupando su tiempo de trabajo para curarse. No pensemos en forma egoísta que sólo él debe considerar que estamos muy ocupados. Empeñémonos igualmente en hacer entender a nuestros superiores jerárquicos, sobre todo del Hospital General y del Seguro Social, que las consultas de 5 minutos nos solucionan el problema de enfermedad del paciente y empeoran nuestra relación con él.

El hecho de estar enfermos hace a muchos pacientes comportarse impertinentes y necios, o nerviosos, inhibidos y no cooperadores. Un buen médico o cualquier miembro consciente del personal, sabrá comprender el porqué de su comportamiento y obviará una mala relación con actitudes se-

renas y comprensivas. Sucede que la enfermedad los lleva a modos de comportamiento regresivos, infantiles y a una necesidad de mucho afecto y protección.

El temor a la muerte existe en toda persona. Estar enfermo significa una posibilidad de morir, y ello crea angustia, preocupación, tensión, que pueden traducirse en formas inadecuadas de conducta que conduzcan a relaciones poco satisfactorias. Todo el personal está en la obligación de comprender lo anterior.

La misma enfermedad, por razones orgánicas o psicológicas, puede dar lugar a actuaciones del paciente que distan mucho de implicar una buena relación. La conducta depende del funcionamiento normal de ciertas áreas del cerebro que pudieran estar afectadas por el proceso patológico y que no deben ser confundidas con transgresiones o perversiones morales.

Ciertas acciones médicas o de enfermería, que son modos exploratorios o terapéuticos, como la inmovilización, los tubajes, las dietas, etc., pueden ser desagradables o poco aceptables por el paciente, por múltiples razones. La imposición de esas acciones sin una explicación previa podría dar lugar a rechazo, resentimiento y hostilidad que comprometen la buena relación.

El hecho de explorar al paciente, o de interrogarlo a la vista y oído de los otros pacientes, puede determinarle molestia o disgusto; lo mismo puede decirse de bañarlo, descubrirlo para inyectarle, o de cualesquiera otra actividad de enfermería.

La hospitalización puede dar al enfermo seguridad e inseguridad, dependiendo, más que de su enfermedad, del tipo o características de su personalidad. El médico, sobre todo, debe ser un poco psicólogo para darse cuenta de si tanto la enfermedad como la persona misma precisan o no internamiento para no crear dependencias o falsas seguridades.

Los modelos o experiencias estereotipadas en la relación con los enfermos, conducen a respuestas conductuales negativas de ellos. Si comprendemos que cada individuo es distinto y acoplamos nuestro proceder a su personalidad y modo de ser, de seguro la relación será mejor.

La comunicación con el enfermo no debe ser sólo la verbal; las actitudes, gestos, movimientos, etc., con frecuencia son más expresivos que las palabras, y deben ser tomados en cuenta; de nada sirven las palabras si los hechos no son concordantes con las mismas en un sistema de relación.

Los uniformes, que son una conveniencia para los hospitales y clínicas como otro medio de identificación de los que son pacientes, comprometen la individualidad, restan libertad, frustran a los mismos y los vuelven en ocasiones un tanto hostiles y resentidos.

El médico debe conocerse a sí mismo, hacer un poco más de insight para poder hacer las modificaciones pertinentes en su modo de ser, y adaptarse mejor al paciente para una buena relación.

El médico, como científico, debe comprender la enfermedad ; como humano, debe comprender al enfermo.