

Artículo de reflexión: El paciente acompañado

The accompanied patient

Ricardo Ricci*

Resumen

En este artículo el autor discute la intervención y el rol de la persona que acompaña al enfermo a la consulta, destaca la necesidad de estar atentos a la familia como sistema de origen del enfermo, así como sus particularidades sociales, culturales y étnicas. Finalmente describe la relación médico/paciente extendida que se produce en los encuentros propios de la pediatría.

Abstract

In this article the author discusses the intervention and the role of the person who accompanies the patient, stands out the need to be cautious to the family (the origin system of the patient) as well as his social, cultural and ethnic particularities. Finally he describes the extended doctor/patient relationship that takes place in pediatric practice.

Palabras clave: relación médico paciente familia, familia extendida. **Key words:** family-patient-physician relationship, extended family

Ricci R. El paciente acompañado. Evid Act Pract Ambul. 14(2).54-56. Abr-Jun. 2011.

Introducción

Hablar de la relación médico/paciente (RMP) supone discurrir acerca de un fenómeno que esencialmente involucra a dos individuos. Sin embargo, alrededor de los principales constituyentes de la relación, y a veces entre ellos, se encuentran otras personas involucradas. En principio, hablamos de la familia, tanto de la familia del paciente como de la del médico, naturalmente. Aunque los médicos tendemos a pensar que nuestros propios entornos no participan de manera activa en nuestra actividad profesional, nada está más lejos de la realidad cotidiana.

Es frecuente que a la consulta se presente el paciente acompañado por algún familiar. A veces porque el paciente lo necesita imperiosamente ya que no puede movilizarse por sus propios medios, y otras porque entre el paciente y su acompañante existe un vínculo muy estrecho. En este último caso resulta imperioso para el médico investigar las particularidades del mismo y las implicancias que se tejen a su alrededor.

En otras oportunidades, la presencia de los familiares no se manifiesta en forma real -ya que no se produce un acompañamiento físico-, pero aún así, la presencia de la familia, o de alguno y eventualmente algunos de sus integrantes, es un elemento de capital importancia.

Las representaciones mentales, los recuerdos, las creencias referidas a los familiares en general, ejercen una influencia nada despreciable en todas las interacciones humanas, y también en la RMP. En el caso del médico ocurre otro tanto.

Viendo la cuestión tan sólo desde el punto de vista económico, obviamente no el único y acaso tampoco el más importante, podemos decir que el médico con su trabajo espera satisfacer sus necesidades materiales.

En ambos integrantes de la díada médico-paciente, la presencia de terceros en la interacción es ampliamente comprensible, ya que ambos viven habitualmente en sistemas que, por un lado favorecen su realización humana y por otro condicionan sus manifestaciones personales.

Paciente y médico son en realidad los emergentes de las familias que ambos contribuyen a constituir. Lo mismo cabe decir respecto de otro tipo de acompañantes, como los amigos, confidentes o personas vinculadas al paciente o al médico que no pertenezcan propiamente a la familia, aunque sí a su círculo de amistades o relaciones personales. Conviene no olvidar además que el médico, a su vez, pertenece a un sistema de salud que tiene sus propias reglas y del cual, él mismo es un participante efectivo y comprometido.

Los intereses y condiciones de este último sistema, están influyendo en las decisiones del médico de manera permanente y con toda seguridad, determinan en él una mirada particular de su propia profesión.

El sistema de salud en su conjunto pesa sobre las espaldas del médico que se siente un exponente de ese particular subconjunto de la sociedad y de la cultura a la que pertenece. En el aquí denominado sistema de salud debemos incluir a las obras sociales, a la medicina prepaga, a la medicina hospitalaria y a la medicina académica, entre tantas otras formas de instituciones médicas.

El paciente "acompañado"

En realidad el paciente siempre concurre "acompañado". Por ejemplo, es común que una persona diga que su cónyuge la "mandó" a la consulta. Cuando no es así, es común que ahondando en la anamnesis, la presencia virtual de sus vínculos se pone de manifiesto.

Por otro lado, es muy frecuente que el varón venga acompañado, que dé la impresión de haber sido "traído" a la consulta, siendo común que los médicos tengamos la imagen de que la esposa en realidad adopta la posición de "madre" de su marido. La sensación que muchos hombres nos producen, es que son totalmente dependientes de sus "madres" acompañantes.

Esta imagen tiene tanta fuerza, que el médico cae en la tentación de la proposición y se dirige a ella en el momento de proponer el tratamiento y describir las indicaciones pertinentes.

Frecuentemente constatamos que el paciente varón desconoce por completo los trámites de papeleo referidos en forma directa a la consulta. Sin embargo, esta realidad que vemos ante nuestros ojos puede ser, con demasiada frecuencia, totalmente engañosa. Por ejemplo, me ha tocado ver en numerosas oportunidades, la inmediata modificación de roles, una vez terminada la consulta.

En la misma sala de espera el paciente que recién acaba de abandonar el consultorio, tiene hacia su reciente "madre" actitudes despóticas, críticas y hasta violentas. Inmediatamente después de salir del consultorio se ponen de manifiesto las relaciones de poder que habitualmente priman entre muchas parejas consultantes.

Debemos destacar con marcado énfasis, que lo que el médico

* Cátedra de Antropología Médica. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán. riccirt@fm.unt.edu.ar

ve del paciente lo ve en el particular contexto de la RMP. Y es esta una puesta en escena muy particular, un escenario distinto al cotidiano en el que los personajes pueden desempeñarse de modos que no son los propios de la vida familiar de todos los días.

El médico interactúa con el paciente en su rol de tal y lo hace con una persona en el rol de paciente.

Es de gran interés y debe ser valorado además, el intercambio de miradas, la actitud corporal y la gestualidad que se ponen de manifiesto entre el paciente y su acompañante, que dan pistas al médico de la realidad del vínculo entre ambos. Muchas veces el éxito de la terapéutica emprendida, depende de la adecuada lectura que el médico hace de ese vínculo solapado. El paciente, como toda persona, es en realidad un mundo, un mundo de sorpresas que se evidencian en sus relaciones.

El estado de indefensión que en general el médico observa en el paciente que concurre acompañado a la consulta es una expresión de la relación entre los consultantes, que a su vez se encuentra distorsionada por la presencia del médico.

No debemos olvidar nunca que la presencia del observador siempre modifica lo observado, principio epistemológico contundente que el médico debe tener presente. Cuando estamos ante el sistema enfermo/acompañante, estamos en realidad formando parte de un nuevo sistema: enfermo/acompañante/médico.

En su primera actitud, el médico se limita a asomarse respetuosamente a un sistema ya constituido y fuerte en sus lazos. La RMP en tanto sistema, deberá recorrer algún camino, hacer una pequeña historia, para que el médico atine a manifestar prudentemente sus distinciones respecto del sistema que tiene ante sí.

De la calidad y el acierto de esas distinciones (hipótesis diagnósticas, identificación de realidades vinculares, descripción de la personalidad del paciente) dependerá en sumo grado la eficacia terapéutica y la confianza que el paciente deposita en el médico; siendo muchas veces notorio a simple vista el cambio de actitud del paciente cuando se ve adecuadamente descrito por una hipótesis médica.

Siempre es conveniente tener en cuenta la pertenencia del paciente a su grupo familiar, bien o mal es el sistema que le ha permitido desarrollarse como ser humano, es el sistema nuclear en el cual ha crecido y del cual ha tomado la mayoría de sus hábitos de conducta.

El paciente es en cierto modo su familia, y el médico debe atender a esta realidad para que esa pertenencia actúe de manera positiva en la RMP y no al contrario. No es bueno para la RMP crear una cuña traumática entre el paciente y su familia.

Los hábitos familiares por su lado, condicionan la relación entre el médico y el paciente de modo que el médico debe estar preparado para la proposición que el paciente le hace respecto de quienes concurren a la consulta.

El profesional de la salud puede atravesar situaciones difíciles en los llamados encuentros interculturales en los que puede ponerse a prueba su competencia intercultural[§] ya que nuestros conocimientos pueden resultar insuficientes a la hora de tratar con grupos humanos con diferentes valores y creencias. Ver ejemplo en el cuadro 1.

Cuadro 1: ejemplo de situación intercultural en la experiencia profesional del autor.

En una oportunidad, cuando recién había terminado mi período de entrenamiento en clínica médica en el Hospital de Clínicas José de San Martín de la Universidad de Buenos Aires, recibí en un consultorio de un barrio periférico de Tucumán a una persona perteneciente a una comunidad gitana que reclamaba mis servicios para que fuera a ver a su padre en su campamento. Acepté con ciertas reticencias y me transporté en su propia camioneta hacia el lugar en el que estaban las carpas.

Al llegar, vi que había tres de ellas, la que ocupaba el lugar central del campamento era la más grande de todas y hacia allí me condujo mi guía. Los gitanos levantan todos sus colchones que durante la noche han servido de camas, los arrollan y junto con las cobijas y los apoyan contra las paredes de la carpa, de manera que el espacio central de la misma queda completamente vacío. Allí, en el centro de ese espacio se encontraba un colchón desplegado y sobre él un anciano que se quejaba de dolor. Inmediatamente después de que ingresara yo a la carpa, ingresaron a ella todos, absolutamente todos, los parientes que se encontraban en el campamento. A mi alrededor había hijos e hijas del enfermo, nietos, primos, sobrinos y demás allegados del clan. Calculé unas sesenta personas que nos rodearon por completo a una distancia prudencial de unos tres metros del lecho del enfermo. Siguiendo los principios de mi formación académica les solicité muy respetuosamente que se retiraran todos y quedara con el paciente la persona que más conociera los detalles del caso. Me contestaron que eso era imposible, ya que era su costumbre que todos presenciaran el acto médico debido a que el paciente era el abuelo y patriarca del grupo. Tragué en seco y efectué mi interrogatorio y examen clínico pertinente.

Mi diagnóstico fue el de un cólico biliar posterior a una ingesta grasa masiva, indiqué algunos estudios complementarios, sugerí una dieta y lo mediqué con antiespasmódicos. Vale destacar que se trataba de un paciente de riesgo pues se encontraba tratado con diuréticos y digitálicos por una insuficiencia cardíaca congestiva.

Al terminar con mis recomendaciones se me requirió que les asegurara que el tratamiento iba a surtir efecto positivo. Con cierta prudencia les expliqué que se requería un tiempo para evaluar la respuesta a las indicaciones a lo que me contestaron que si no andaba bien me iban a venir a buscar. Luego de un pequeño regateo respecto de mis honorarios, quien me había llevado al lugar, me devolvió a mi consultorio.

No volví a ver a este paciente. Días después vino una mujer de clan a mi consulta y semanas después me trajeron un niño, lo que me provocó alivio, ya que significaba que todo había andado bien.

Estos inconvenientes ocurren a diario en las pasantías rurales de los alumnos de la facultad, que frecuentemente caen en la tentación de competir con el curandero de la zona. Otros han sido más inteligentes y han propuesto al curandero su asimilación al equipo de salud y han obtenido buenos resultados. La medicina científica tuvo sus logros y el curandero les enseñó a los pasantes, con notable pericia, de qué se trata eso de la relación médico/paciente, en este caso, sanador/consultante.

Donde la relación con la familia se produce de manera particular es en la consulta pediátrica. Todos hemos aprendido mucho

[§] La competencia cultural considera el conocimiento básico y el reconocimiento de los valores, las creencias y las atribuciones tanto del paciente o su familia como del propio profesional o equipo de salud. La competencia cultural del equipo de salud también incluye las habilidades interpersonales de comunicación intercultural necesarias para llevar a cabo en forma lo más eficaz posible los procesos asistenciales, el conocimiento de la visión antropológica de enfermedad de quien solicita la asistencia, así como el respeto de su diversidad cultural.

de nuestros amigos pediatras al respecto. Ellos afirman con gran seguridad -y tienen razón-, que el médico no sólo debe tener una actitud interesada hacia el niño y su familia, sino demostrar que la tiene. La confección de una completa historia clínica debe ir acompañada de un pormenorizado análisis de la situación familiar y social.

Como afirma Hernández, "...una buena comunicación significa simpatía, en el sentido etimológico de compartir los sentimientos, pero evitando una transferencia total que reste ecuanimidad. Igualmente requiere ponerse en el lugar del otro (paciente), que no es igual que comportarnos, vestir o hablar como si fuéramos párvulos caprichosos o adolecentes rebeldes...".

Somos conscientes que la buena sintonía con el sistema familiar puede ayudar a disimular el efecto de una sociedad enferma de premura, con condiciones sanitarias muchas veces deficitarias, y con una excesiva burocratización de la medicina. En el artículo citado, se hace expresa referencia a que es conveniente enseñar con el ejemplo a los alumnos de grado las cuestiones atinentes a la RMP, para que en su etapa de especialización no se dejen seducir por los incesantes cambios tecnológicos de la medicina y conserven la naturalidad de la juventud que se propone servicial. Volviendo a Hernández, "...quizá el pediatra sepa menos ciencia que un superespecialista, pero conoce mejor a su pequeño paciente, su familia y su ambiente social. Es muy de desear que esta cualidad persista y se vea reforzada, con la debida atención en la formación de pregrado, especializada y continua..."

Reflexiones sobre la consulta domiciliaria

Un tópico al que hay que prestarle una particular atención es el de la consulta a domicilio de pacientes muy ancianos o impedidos por otros motivos. Muchos de ellos se encuentran total o parcialmente dependientes de otras personas, algunos con grave deterioro cognitivo y otros con grave déficit motor o sensitivo. En estos casos, los médicos caemos habitualmente en la tentación de hacer caso omiso del paciente e interactuar directamente con el acompañante. Resulta lógico, ya que él o ella es quien llevará adelante las indicaciones que realicemos y tendrá en cuenta las precauciones del caso. Según mi experiencia podemos cometer dos errores totalmente opuestos según la patología que el paciente presente. Uno es dejar fuera de toda estrategia terapéutica al cuidador,

es decir tratar con el enfermo como si todo dependiera de él y gozara de una autonomía similar a la de la mayoría de nuestros pacientes de consultorio. Es un gran traspié, ya que la persona que pone todo el empeño en el cuidado del paciente resulta así menospreciada en su función, sin obtener reconocimiento a pesar de su importante rol.

Otro, es dejar fuera del diálogo al propio paciente, entendiendo que su estado lo vuelve absolutamente inválido para entender nuestras preguntas, consejos y proposiciones.

Ambas conductas extremas son desatinos que cometemos con mucha frecuencia, y derivan de no reconocer la profunda alianza que existe entre el paciente y su cuidador. Es menester entender que en casos como el descrito, el conjunto paciente/cuidador/médico funciona como un sistema particular al que hay que considerar, necesariamente, como una unidad estructural y funcional.

Conclusiones

En fin, el de la familia es realmente un tema demasiado extenso como para pretender agotarlo en un espacio tan reducido. Lo hemos tratado con cierta superficialidad, sólo teniéndola en cuenta en su calidad de acompañante o de tercero posible en la RMP. En la descripción se ha valorado la intervención y el rol de la persona que acompaña al enfermo a la consulta, se ha destacado la necesidad de estar atentos a la familia en tanto sistema de origen del enfermo, sus particularidades sociales, culturales e incluso étnicas. Finalmente se ha descrito someramente la relación médico/ paciente extendida que se produce en los encuentros propios de la pediatría.

Queda para otra ocasión describir a la familia como acompañante de un enfermo crónico, es el caso de los enfermos terminales o el caso de las familias que giran toda su vida alrededor de pacientes con parálisis cerebral y otras tantas patologías congénitas altamente incapacitantes. Muchos de esos sistemas familiares son realmente ejemplos de vida, que el médico tiene el lujo de presenciar de vez en cuando. En muchos de ellos somos acogidos como un integrante más del grupo terapéutico basado en el amor.

Hace poco, en una pequeña capilla de los cerros tucumanos asistí a la celebración de un matrimonio. La yunga tucumana se mostraba realmente en todo su esplendor en un maravilloso día de sol. El sacerdote concluyó su prédica con estas sencillas palabras: "en definitiva, no hay mejor lugar para nacer, vivir y morir, que la familia."

Referencias

1. Hernández M. "Un renovado reto en la formación pediátrica: la relación médico - paciente familia". Educación Médica 2004; 7(4): 119-124.