

EL PROCESO COMUNICATIVO EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE TERMINAL

Alejandra Gajardo-Ugas¹
Claudio Lavados-Montes²

RESUMEN

El quehacer médico es un tipo específico de relación interpersonal donde resulta imprescindible que el profesional de salud sea capaz de utilizar métodos y procedimientos efectivos de comunicación, como elementos esenciales para cumplir con su rol, alcanzar las metas de su práctica y reconocer al ser humano como persona. El proceso comunicativo es central en el comportamiento y el desarrollo humano, aportando su complejidad y especificidad, situación que determina toda relación interpersonal. En el desarrollo personal cada individuo adquiere experiencias en sus actividades, mediante las cuales se representa el mundo y le va dando un significado específico. A través de la comunicación con otros seres va modificando sus representaciones y significados, proceso que tiene un impacto transformador y enriquecedor para la personalidad. Esto tiene una importancia vital en la relación médico-paciente, ya que permite limar asperezas y facilitar la ulterior comunicación, incluso en el caso de pacientes terminales, y ser así la principal herramienta terapéutica.

PALABRAS CLAVE: relación médico-paciente, comunicación, autonomía, verdad.

ABSTRACT

Medical practice involves a specific type of interpersonal relationship in which health professionals must be able to use communicative methods and procedures effectively. These elements are essential to fulfilling a professional role, achieving the goals of medical practice and recognizing the human being as a person. The communicative process is central in human behavior and development, contributing its complexity and specificity and being a determining factor in all interpersonal relations. In personal development, each individual acquires experiences through his or her activities, in which the world is represented and given specific meaning. Through communication with other human beings, representations and meanings are modified. Communication has a transforming and enriching impact on one's personality and is of vital importance in the physician-patient relationship, as it can help to iron out differences and to facilitate subsequent communication, even in the case of terminally ill patients. This makes it a major therapeutic tool.

KEY WORDS: Physician-patient relationship, communication, autonomy, truth.

RESUMO

A tarefa médica é um relacionamento interpessoal específico no qual é essencial que os profissionais de saúde usem métodos e procedimentos eficazes de comunicação, Isto é fundamental para cumprir o seu papel, conseguir os objetivos de sua prática e reconhecer o ser humano como pessoa. O processo de comunicação é vital para o comportamento e o desenvolvimento humanos, já

¹ Licenciada en enfermería. Magíster en Bioética. Directora de la Escuela de Enfermería, Universidad Santo Tomás, Santiago de Chile, Chile. agajardo@santotomas.cl

² Licenciado y Magíster en Teología. Magíster en Bioética. Docente, Universidad Católica Silva Henríquez, Santiago de Chile, Chile. claudiolavados@gmail.com

FECHA DE RECEPCIÓN: 06-04-2010

FECHA DE ACEPTACIÓN: 08-05-2010

que sua complexidade e sua especificidade ajudam em qualquer relacionamento interpessoal. No desenvolvimento, cada indivíduo adquire experiências pessoais nas suas actividades que lhe permitem representar-se o mundo e dar-lhe um significado específico. O processo de comunicação com outros seres muda as representações e os significados, o qual é transformador e enriquecedor para a personalidade. Este processo, vital no relacionamento médico-paciente, é uma ferramenta terapêutica muito importante porque permite aparar arestas e facilitar a comunicação, mesmo no caso de pacientes terminais.

PALAVRAS-CHAVE: relação médico-paciente, comunicação, autonomia, verdade.

INTRODUCCIÓN

La relación médico-paciente es aquella que se establece entre un profesional de la salud y un ser humano que acude a solicitar sus servicios por presentar un problema de salud. El sujeto tiene una enfermedad, y el médico o profesional de salud está formado para dar asistencia al problema (1).

Esta relación interpersonal, que conduce a conocer o diagnosticar la dolencia del enfermo, y que se ordena en seguida a la ejecución de los actos propios del tratamiento, inicia su curso desde el momento en que se establece el vínculo (2), es una relación sanadora que constituye el pilar que define a la medicina y el origen de las funciones del médico que la ejerce. En esta relación médico-paciente intervienen tanto elementos racionales como emocionales. Por un lado, tenemos la confianza en el profesional y, por otro, la razón y el arte con los cuales el médico debe conocer la vulnerabilidad en que el paciente se encuentra. No se trata, sin embargo, de una relación de igualdad. La relación se basa en el voto de confianza —con frecuencia absoluta— que el paciente le da al médico y en la tarea de éste al establecer un vínculo entre la medicina y el paciente como individuo único y sujeto vulnerable (3).

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

La relación médico-paciente tiene connotaciones éticas que demarcarán el rol que va a ser asumido por ambas partes, ya que este tipo de interacción no se limita sólo al vínculo médico-enfermedad. En ella se incorporan sentimientos, principios y vivencias del paciente y del profesional. El primero pone afectivamente en su interactuar con el médico la expectante vivencia de su necesidad, a la vez que éste aporta su voluntad de ayuda técnica. Según Laín Entralgo (4) “el fundamento de la relación médico-paciente es la vinculación que se establece entre el médico y el enfermo, por el hecho de haberse encontrado como tales, entre sí”. Como todo encuentro entre personas, el que reúne al médico y al paciente se realiza y expresa de acuerdo con las acciones humanas, una de las cuales, la cognoscitiva, en el caso de la relación médica, toma forma específica de diagnóstico y de pronóstico, es decir, de método para conocer lo que aqueja al enfermo y para definir, dentro de lo posible, sus expectativas para el futuro. Este encuentro no se trata solamente de una interacción entre dos seres para obtener algo, sino de una relación más estrecha, interpersonal, que compromete lo profundo de las personas. El enfermo y el médico se reúnen para el logro de algo que importa, medularmente, a la persona del paciente: su salud (5).

LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE TIENE CONNOTACIONES ÉTICAS QUE DEMARCARÁN EL ROL QUE VA A SER ASUMIDO POR AMBAS PARTES, YA QUE ESTE TIPO DE INTERACCIÓN NO SE LIMITA SÓLO AL VÍNCULO MÉDICO-ENFERMEDAD. EN ELLA SE INCORPORAN SENTIMIENTOS, PRINCIPIOS Y VIVENCIAS DEL PACIENTE Y DEL PROFESIONAL.

En el caso de la relación con el paciente terminal, el mayor esfuerzo del médico está en presentar la verdad en la comunicación del estado mórbido asociado a la esperanza, en construir un itinerario con el paciente durante la enfermedad y, en como refiere Monseñor Sgreccia (6), “proponer, donde sea posible, el anuncio de la vida que no muere y la revelación de Cristo muerto y resucitado, presente y operante en cada hombre que sufre”.

La relación médico-paciente, como forma especial de relación humana, está determinada por ciertas características como son:

a) *Respeto al ser humano enfermo*. Este se funda en dos ideas centrales: “primero, que el hombre es persona, y en cuanto tal tiene dignidad y no precio, y segundo que en tanto que personas, todos los seres humanos son iguales y merecen igual consideración y respeto” (7). Dada la situación del enfermo, siempre es el profesional de salud el responsable de que determinados valores inherentes a la dignidad personal se materialicen de forma adecuada en cada caso: la confidencialidad, el respeto a su intimidad, y el derecho a la información y a la participación en la decisión médica. “Cuando un enfermo está inconsciente o sus capacidades mentales o físicas están muy deterioradas, es cuando el respeto y afecto por la persona son más necesarios y meritorios” (7).

b) *Respeto y confianza mutuos*. Estos son imprescindibles en el trato entre paciente y profesional. Sin embargo, en la actualidad este punto de partida no siempre se cumple debido a una evolución sociocultural que impone mayor conocimiento y responsabilidad del paciente en todos los procesos de autocuidado, y mayor exigencia de eficacia. De otro lado existe mala o escasa información, gran número de profesionales que participan en un solo proceso terapéutico, etc.

c) *Respeto por la autonomía del paciente*. La participación del enfermo en la relación clínica ha seguido una evolución progresiva desde ser un sujeto pasivo, hasta tomar un papel protagónico. Para poder intervenir en las decisiones, el paciente debe conocer su situación clínica en la forma más completa que le sea posible. La importancia de esto ha hecho que el proceso de comunicación sea una parte esencial de la relación médico-paciente.

A través del tiempo se han presentado varias formas o modelos de relación médico-paciente, prevaleciendo dos grandes tendencias, contrapuestas entre sí: el modelo *paternalista*, que destaca la primacía del médico en las decisiones sobre las del propio enfermo; y el modelo *autonomista* o de *primacía de la autonomía*, que pone en primer lugar lo que el paciente quiere o solicita al

médico sobre sus cuidados de salud, el cual en algunos casos debe respetar (8).

Cuando la relación es paternalista —como ha ocurrido a lo largo de buena parte de la historia—, existe un rol de dominancia del profesional de salud sobre el enfermo. Así se entiende que clásicamente se haya considerado “buen enfermo” a aquel que asumía una actitud pasiva, que no preguntaba y que aceptaba en forma obediente los mandatos médicos.

En este tipo de relación primaba la perspectiva del profesional, entendida como el deber, por una parte, de hacer el bien (“beneficencia”), que se traducía en el objetivo de la curación sobre cualquier otra consideración y, por otra, el de no dañar (“no maleficencia”) y cuidar a los que no pueden ser curados.

La importancia creciente del respeto por la autonomía, la dignidad, el consentimiento, además de adquirir respaldo legal, fue dando cuerpo a la consideración de que el paciente debía participar activamente en las decisiones sobre su propio bien, llegando a un modelo de relación en el que la autonomía del paciente podía contemplarse como un bien supremo (9). Sin duda, debemos reconocer que el respeto por la autonomía es un valor positivo, que se fundamenta en la dignidad e integridad del paciente que tiene derecho a informarse y participar en las decisiones que afectan su vida. Un ejemplo de la sustentación legal que en la actualidad posee esta visión se encuentra en la legislación española, cuya Ley 41/2002, “tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica” (cap. I, art. 1). En su comienzo

(CI, art. 2), la ley cita una serie de principios generales, de los cuales el primero señala que “la dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica”, y el sexto reza, “todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente”. En Chile se ha presentado un proyecto sobre los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, que está cumpliendo su segundo trámite en el Senado, el cual apunta a establecer un marco regulatorio para las acciones vinculadas a la atención de salud de las personas, independiente de que el prestador sea público o privado. Asimismo, regula la denominada “muerte digna”. El texto legal consagra, en una de sus partes, el derecho a información respecto de la atención y las acciones de salud en consideración al principio de autonomía.

Sin embargo, también deberíamos aceptar que la autonomía tiene límites, ya que cuando ésta se lleva al extremo e intenta convertirse en un principio absoluto y sin excepciones, violenta otros principios presentes en la relación médico-paciente. En tales condiciones, es particularmente grave la lesión infligida a la autonomía del médico, que también la tiene, y cuyo respeto por parte del paciente es pieza clave en la gestación de la relación que nos ocupa. En situaciones extremas, que sirven para ejemplificar, puede producirse una verdadera “contienda de autonomías”, como sería el caso del médico que, por razones morales, se opone a la eutanasia, y no puede aceptar la solicitud autónoma de un

LA IMPORTANCIA CRECIENTE DEL RESPETO
 POR LA AUTONOMÍA, LA DIGNIDAD,
 EL CONSENTIMIENTO, ADEMÁS DE ADQUIRIR
 RESPALDO LEGAL, FUE DANDO CUERPO A LA
 CONSIDERACIÓN DE QUE EL PACIENTE DEBÍA
 PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LAS DECISIONES
 SOBRE SU PROPIO BIEN, LLEGANDO A UN
 MODELO DE RELACIÓN EN EL QUE
 LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE PODÍA
 CONTEMPLARSE COMO UN BIEN SUPREMO.

paciente terminal que desea que ésta le sea practicada; el grave compromiso a la integridad moral del médico lo obligaría a terminar con la relación médico-paciente en la forma más respetuosa y menos traumática posible. Estas “contendias” podrían darse también por decisiones autónomas del paciente, capaces de afectar a otra persona o a la comunidad, casos en los cuales el médico y la sociedad no podrían permitir que primara la autonomía del paciente. En el caso del paciente, un límite a su autonomía sería el “privilegio terapéutico” o “necesidad terapéutica”, definido por la ley española como la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave (10). Resulta claro, entonces, que siendo el respeto a la autonomía del paciente un valor importante, esta importancia está lejos de permitir un autonomismo a ultranza.

Pareciera que ninguna de las dos posiciones, “paternalismo duro” o “autonomismo extremo”, corresponde a una forma deseable de relación médico-paciente.

Se ha planteado un tercer modelo que pudiera acentuar un aspecto positivo de cada uno de los anteriores: del paternalista, el *ethos* del médico que debe hacer lo mejor por el paciente, y del autonomista, la dignidad del paciente que tiene derecho a estar informado y participar en las decisiones. Se trata de una beneficencia no paternalista. No se decide “por” el paciente en virtud de la presunta superioridad del criterio médico, sino “con” el paciente (11). Aquí se subraya la fuerza y la complejidad de la relación que debe existir entre paciente y médico: un compromiso, basado en la confianza, para la gestión de los valores donde el bien deseado por ambos, que puede ser diferente, los conduzca a la toma conjunta de decisiones (12). En este modelo, ambos aportan lo que tienen: el médico la experiencia y el conocimiento, y el paciente su “ser-enfermo” y sus expectativas sobre su situación de salud y su futuro, los dos dentro del respeto de la autonomía propia de sus seres personales.

La relación médico-paciente en la etapa terminal

En el caso de la relación médico-paciente terminal se plantean ciertas diferencias fundamentales con aquella que se puede desarrollar con otro tipo de enfermos. Para el médico se da un cambio en la manera de priorizar los fines de la medicina, que tradicionalmente se reconocen como curar la enfermedad. En la etapa terminal ya no se pretende la mejoría del paciente; por otro lado, el paciente se enfrenta a lo que culturalmente hemos negado, como es la inevitabilidad de la muerte, que genera permanentemente inquietud y dudas (13). En la relación con el paciente terminal cualquier forma de

expresión (silencios, gestos, palabras) adquiere matices y significados distintos a los que tendría en un contexto normal, generando ansiedad o tranquilidad tanto para el paciente como para el médico.

Estas formas de expresión, que llamamos comunicación no verbal, han recibido menos atención dentro del estudio del proceso comunicativo. Sin embargo, en la actualidad se ha demostrado que tienen gran importancia para la relación asistencial con gran influencia sobre sus resultados, incluidos la satisfacción y la adhesión al tratamiento; es a través de la comunicación no verbal que el paciente puede captar las señales emitidas por el médico y, por otro lado, la expresividad no verbal de los pacientes es la que permite al médico hacer suyas aquellas sutiles señales que complementan e ilustran aspectos de la interacción verbal y que aportan abundante cosecha durante la entrevista (14).

Durante la conversación surgen interrogantes sobre el futuro del paciente, no siempre fáciles de responder, y que obligan a los profesionales de salud a cuestionarse sobre la certeza de la verdad médica. Situaciones como la hospitalización prolongada o la falta habitual de compañía familiar se asumen de peor manera desde la óptica de un desenlace fatal próximo que si se espera la curación a un plazo más o menos largo.

Los objetivos del tratamiento de un enfermo en una condición terminal, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), deben ser (15):

- Mejorar la calidad de vida.
- Aliviar el dolor y otros síntomas.
- No alargar ni acortar la vida.
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
- Reafirmar el valor de la vida.
- Considerar la muerte como parte de un proceso normal.
- Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible.
- Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo.

La relación médico-paciente terminal que busca alcanzar estos objetivos tiene la característica de ser profundamente humana ya que los temores más íntimos de ambos, médico y paciente, quedan descubiertos y en algún grado se comparten; es necesario saber identificar el dolor y el sufrimiento, ayudar a encontrar su sentido, además de buscar controlarlos o mejorarlos, basándose en lo posible en la experiencia personal derivada de la reflexión profunda sobre esta temática propia de la condición humana, unida a componentes importantes de empatía y compasión (16).

SITUACIONES COMO LA HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA O LA FALTA HABITUAL DE COMPAÑÍA FAMILIAR SE ASUMEN DE PEOR MANERA DESDE LA ÓPTICA DE UN DESENLACE FATAL PRÓXIMO QUE SI SE ESPERA LA CURACIÓN A UN PLAZO MÁS O MENOS LARGO.

CONCLUSIÓN

Debemos recordar que siempre que hablamos de relación médico-paciente, aludimos a la comunicación. El cómo se miran, cómo se hablan y se escuchan, pueden ser fuente, causa y resultado de la mejor o peor relación que se establezca entre ambos, como también un factor determinante en la entrega del diagnóstico y de la forma en que se llega al acuerdo sobre el tratamiento que se debe seguir. La mirada, la palabra y el silencio, al igual que la exploración manual y la instrumental, son constitutivos vertebrales de la relación médico-paciente (17).

El médico y el paciente se relacionan a partir de un encuentro y una conversación estructurada y con objetivos precisos. Esta conversación es la entrevista médica, que se caracteriza por ser primariamente técnica, puesto que persigue un objetivo concreto: obtener en un tiempo razonable el máximo de información relevante para así tener claro el diagnóstico. Constatado por el médico el carácter terminal de la enfermedad, la nueva entrevista se relaciona con aspectos asociados a condiciones de vida del paciente que lo lleven a enfrentar de mejor forma su diagnóstico y pronóstico, como también los temores relacionados con el tratamiento.

No se debe olvidar que el encuentro que se da entre el médico y el paciente tiene siempre un aspecto personal. El médico debe ser empático y receptivo a lo que expresa el paciente de manera tanto verbal como no verbal. Demostrar interés en lo que le está pasando, en lo que siente, es parte fundamental de una buena comunicación que determinará el futuro de la relación, y contribuirá a crear el contexto humano indispensable como sustrato útil y oportuno para enfrentar el futuro.

REFERENCIAS

1. Arroyo F. La relación médico-paciente: una visión plural, 2007. Disponible en <http://www.espacioblog.com/humanidades-medicinas/post/2007/08/18/la-relacion-medico-paciente-vision-plural> [Fecha de consulta, 17 de septiembre de 2007].
2. Zea A. Fundamentos de la relación médico-paciente. *Rev Colomb Gastroenterol* 2000; (15): 227-237.
3. Pellegrino E. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. En *Bioética, temas y perspectivas*. Washington: OPS; 1990. p. 8-17.
4. Lain P. La relación médico-enfermo. *Revista de Occidente* 1964; (2): 15.
5. De Francisco A. Fundamentos de la relación médico-paciente. *Rev Colomb Cardiol* 1998; (6): 263-73.
6. Testa M. Congreso celebrado en Roma sobre "Depresión y cáncer". Disponible en <http://www.temas.cl/enero/medicina/31.pdf> [Fecha de consulta, 17 de septiembre de 2007].

SIEMPRE QUE HABLAMOS DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE, ESTAMOS ALUDIENDO A LA COMUNICACIÓN. EL CÓMO SE MIRAN, CÓMO SE HABLAN Y SE ESCUCHAN, PUEDEN SER FUENTE, CAUSA Y RESULTADO DE LA MEJOR O PEOR RELACIÓN QUE SE ESTABLEZCA ENTRE AMBOS, COMO TAMBIÉN UN FACTOR DETERMINANTE EN LA ENTREGA DEL DIAGNÓSTICO Y DE LA FORMA EN QUE SE LLEGA AL ACUERDO SOBRE EL TRATAMIENTO QUE SE DEBE SEGUIR.

7. Balaguer A. La relación clínica ACEB. Disponible en http://www.aceb.org/rel_clin.htm [Fecha de consulta, 29 de octubre de 2007].
8. Carvallo A. Médicos y profesionalismo: pacientes e información. *Rev méd Chile*, febrero de 2005; 133 (2): 253-258. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000200017&lng=es. [Fecha de consulta, 2 de abril de 2009].
9. Balaguer A. La relación clínica. ACEB. Disponible en http://www.aceb.org/rel_clin.htm [Fecha de consulta, 29 de octubre de 2007].
10. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Disponible en www.san.gva.es/cas/ciud/pdf/ley41-2002derechoseinformatonalpaciente.pdf. [Fecha de consulta, 29 de noviembre de 2007].
11. León F. Autonomía y beneficencia en la ética clínica: ni paternalismo ni medicina defensiva. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 2006; 29 (3).
12. Roa A. *Ética y bioética*. Santiago de Chile: Ed. Andrés Bello; 1998.
13. Silva M. El paciente terminal: reflexiones éticas del médico y la familia. *RFM*, junio de 2006. Disponible en http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692006000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es [Fecha de consulta, 29 de octubre de 2007].
14. Roter D, Frankel R, Hall J, Sluyter D. The Expression of Emotion Through Nonverbal Behavior in Medical Visits. Mechanisms and Outcomes. *Journal of General Internal Medicine* 2006; 21 (1): 28-36.
15. Cancer-Pain.org. New York: Association of Cancer Online Resources; 200-01. Disponible en http://www.cancer_pain.org [Fecha de consulta, 29 de julio de 2007].
16. Catholic.net. Disponible en <http://www.es.catholic.net/lai-cos/622/2706/articulo.php?id=34745> [Fecha de consulta: 6 de mayo de 2008].
17. Dörr A. Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica y antropológica. *Rev méd Chile* 2004; 132 (11): 1431-1436. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004001100014&lng=es. [Fecha de consulta: 6 de mayo de 2008].