

## **Sobre José y la relación paciente-médico.**

**Mr. K-Y**

### **Resumen**

Avances tecnológicos agigantados, acceso indiscriminado a fuentes de información, cambios socio-culturales en la asistencia sanitaria, momentos históricos globales y el desgaste emocional en el personal de salud han modificado el paradigma de la práctica médica. No obstante, los fundamentos de uno de los pilares de la Medicina - la relación médico-paciente- han sido desplazados de manera imperceptible en medio de esta evolución y ahora más que nunca es importante retomar su esencia.

### **Introducción**

Después de las relaciones amorosas y filogénicas, la relación médico-paciente representa uno de los vínculos interpersonales más añejos de la historia.

Este binomio involucra aspectos científicos, bioéticos, emocionales y espirituales inherentes a dos totalidades -o corporeidades como postuló Ponty- que interactúan inmersos en contextos sociales, culturales y económicos cambiantes a lo largo del tiempo. Hoy en día nos azota una pandemia que modificó radicalmente la forma en que las personas – no se diga el personal de salud y los enfermos -se relacionan entre sí; existe una producción científica, un acceso a la información y lazos de comunicación asequible desde cualquier rincón en tiempo y espacio, de la mano de un portentoso desarrollo tecnológico; la carga asistencial en sistemas de salud público no se da abasto y repercute en el desgaste psico-emocional de los médicos; y cada día cobran mayor relevancia los aspectos jurídicos en la práctica médica por una sociedad irascible que cada vez más está a la defensiva. Todos estos aspectos ponen a prueba– y amenazan con desintegrar- el otrora precepto entre el enfermo en su búsqueda de sanidad y quien con su conocimiento, y por substancia de la práctica médica, procura curarlo.

***Son las dos de la tarde. Ya es tardísimo para seguir en la consulta. Echas un vistazo rápido a los expedientes...uno, dos...faltan cinco...seis más. Los pendientes en hospitalización, las notas de evolución y las interconsultas aguardan por la tarde-noche. Seguramente pasarán las horas y no tendrás siquiera tiempo de contestar ese Whatsapp que te escribió tu amigo hace días. De comer, ni hablamos. No pares. Rápidamente tecleas en la computadora el siguiente registro e indagas: “ACUDIÓ Y NO SE HIZO LOS ESTUDIOS.” “NO SE REALIZÓ LA TOMOGRAFÍA. CITA NUEVAMENTE CON ESTUDIOS SOLICITADOS.” A tu consultorio entra un paciente aparentemente de unos 75 años -aunque su perfil electrónico te desmiente y en realidad tiene 62 años- mal acicalado, con un olor sui generis a orina. Después de saludarlo, presentarte y a punto de preguntar si se realizó los estudios, aunque claramente sabes la respuesta, te detienen unas palabras gélidas del interlocutor. “Doctor, ya no puedo vivir más así, hay días en que despierto y me quiero morir.” Y por primera vez en muchas horas realmente apartas tu mirada del monitor para observar, para verdaderamente contemplar la desesperación que se inyecta en los ojos de José y no del paciente con registro 2345667.***

Algo importante de comprender la bidireccionalidad de este binomio médico-paciente es que cualquiera de los elementos es en la misma magnitud fundamental y simbiótico. De manera que cualquiera de ellos que se encuentre mermado resultará en una relación disfuncional, con repercusiones colaterales importantes para el paciente, para el médico así como para las personas que forman redes interpersonales alrededor de ellos.

Recientemente se ha puesto especial atención en la despersonalización de los médicos -entendiendo este concepto como aquella insensibilidad e indiferencia para con los pacientes e incluso compañeros de trabajo. Son alarmantes las tasas del síndrome de desgaste o agotamiento emocional (“Burnout”), que engloba los conceptos anteriores así como el bajo rendimiento personal en los médicos, en distintas especialidades médicas y particularmente en Urología. Este síndrome llega

a rondar hasta casi en un 64% en urólogos en formación, así como practicantes – lo que hace mella que el problema trasciende más allá de los años de formación.

Se podría aventurar el pensamiento que quizá en el pasado no se había diagnosticado de manera tan clara esta entidad, sin embargo el sistema de salud ha sufrido cambios sustanciales demarcados por un mayor número de trámites burocráticos, una elevada e incesante carga asistencial y una era de digitalización inconmensurable que cambió el paradigma de la práctica clínica y que desmotiva a propios y extraños.

¿Cuánto tiempo pasamos contemplando un monitor? Hoy en día durante una consulta ordinaria se tiene que hacer una doble interacción: con el ordenador al mismo tiempo que el paciente nos describe sus dolencias. Resulta irremediable la disociación entre aquello que se escribe en el teclado y el paciente tangible que se sienta frente a nosotros en el consultorio. El centro de atención se ha virado en las notas por cuestiones burocráticas e inclusive hasta con la premisa de una defensa legal ¿Qué tan frecuente nos surge la vorágine de escribir todo en la computadora mientras maniatamos la narrativa del paciente? Con más frecuencia debemos mirar a los ojos al paciente mientras trata de explicarnos, las más de las veces, signos y síntomas ajenos su vocabulario o inclusive a su entendimiento. Verdaderamente interactuar con él. ¿Cuántas horas destinamos a la pantalla de un smartphone, navegando en un torbellino de información o redactando textos e informes? Y ciertamente de forma paralela, algunos de nuestros pacientes pueden tener acceso a una miríada de datos que, si no están bien encaminados, complican el intercambio con el médico.

Se han intentado postular estrategias intuitivas para disminuir el síndrome de desgaste como la disminución de carga asistencial, programas de tutoría estructurados, tiempo específico y destinado a la enseñanza de los especialistas en formación, así como la limitación de consultas durante el tiempo extralaboral. Sin embargo, lo único intuitivo radica en humanizar nuevamente nuestra práctica y nuestras relaciones interpersonales a través de estrategias como la comunicación efectiva, sentido de colectividad sólido en los servicios y estilos de vida saludables.

***En 20 minutos supiste que José vive solo en un local de periódicos. Duerme en el suelo. No puede pagar pañales diarios para su incontinencia urinaria, mucho menos pagar el estudio tomográfico. De ahí el aroma que inunda el consultorio. Que no sabe leer ni escribir. Sus síntomas no han empeorado pero afectan tremendamente su calidad de vida, hecho no consignado desde notas... más bien consultas previas quieres decir. Buscas a toda costa un espacio para operarle. Si algo has aprendido en las labores clínicas es que las más de las veces, querer es poder. -Conseguimos esta fecha, no puede faltar señor. Platicas riesgos y beneficios de la cirugía, y la posibilidad de que nada mejore e incluso empeore al resecarlo el adenoma prostático que le ha obstruido por años. En 20 minutos conociste más de ese paciente incumplido con las indicaciones médicas de lo que cualquier nota estereotipada. Por cierto, también ahora sabes que no, tampoco tiene un teléfono inteligente al cual puedes enviarle mensajes de texto para los preparativos previos a su intervención. Sale del consultorio, y las dudas inundan si volverás a ver al paciente.***

¿Con qué frecuencia nos detenemos a pensar en cómo se siente el enfermo? Es comprensible que se perciba desamparado cuando no le escuchamos o exploramos; puede que ya sepamos de antemano lo que podemos encontrar, sin embargo es en ese momento de la interacción en el que se comienzan a cultivar cimientos de cualquier relación interpersonal: la calidad del tiempo y atención que se le dedica al paciente. No se trata de abarcar una cuota o una cantidad determinada. Tras el diagnóstico, nos preocupa y nos llega a exasperar el incumplimiento terapéutico. ¿Cómo van a seguir nuestras pautas si no se les *escucha*? Cuantas veces no interrumpimos o presuponemos aspectos en la comunicación con ellos

La comprensión del entorno del paciente y una comunicación efectiva son alguna de las herramientas más poderosas para establecer la confianza entre las dos partes.

El paciente no solo nos abre las puertas de su intimidad física en la mesa de exploración, si no de su mundo completo cuando nos detenemos a escucharle con interés y detenimiento: sus temores, su entendimiento de la enfermedad, sus fortalezas y limitaciones, sus expectativas y preferencias. En ocasiones esta apertura introspectiva representa el sustento de la terapéutica definitiva. El paciente tiene la última palabra, y la más importante. Algo que hoy en día nos cuesta aceptar porque siempre pensamos en lo mejor disponible que potencialmente se pudiera alcanzar. Aunque en ocasiones eso no sea lo mejor *para* el paciente en su introspección.

Existe un resquemor creciente en los procesos de transferencia y contratransferencia en el ejercicio médico actual. Cada vez cuesta más trabajo mostrar empatía o bondad, como signo de vulnerabilidad. Tratamos de blindar desenlaces clínicos negativos, la simple confrontación de una transferencia negativa o potenciales litigios del paciente en un sinfín de estudios de laboratorios y gabinetes sin optar por lo más fundamental que radica en una comunicación efectiva y franca: mensajes claros, contundentes, dentro de códigos y canales adecuados y estipulados, con una tribuna libre para dudas o repetición. La omisión de información en ocasiones genera expectativas equivocadas en el paciente, que se traducen en resentimiento y frustración. A nadie le gusta generar preocupaciones innecesarias, pero siempre es importante poner sobre la mesa todos los escenarios potenciales.

***Llegado el día de la cirugía y contra todo pronóstico el paciente se presentó a tiempo a trabajo social para hospitalizarse. Acompañado únicamente con una pequeña bolsa de plástico con sus pertenencias. -Sin un familiar responsable, me temo que no se puede operar, doctor. Pero no tiene familiares, licenciada. Ni uno solo. ¿Algún conocido señor José? ¿Algún número? El perder dicha oportunidad implicaría por lo menos tres meses más de espera para resolver sus dolencias. En una intentona desesperada te ofreces como responsable del paciente en una carta compromiso improvisada, con la mirada atónita de los trabajadores sociales. Horas más tarde, y ya el paciente en la plancha de***

***quirófano, un vecino compasivo del señor José completó los trámites burocráticos. La operación discurrió sin complicaciones y horas más tarde el paciente yace en una cama de piso recuperándose. La anécdota en trabajo social no pasa desapercibida entre los compañeros, quienes jocosamente te preguntan a diario cómo ha pasado la noche “tu familiar”. Tres días después de la cirugía, al pasar visita no se atisba rastro del paciente. Por adecuada evolución decidió darse de alta a sí mismo, dándose a la fuga y sentando pautas de un protocolo de recuperación postoperatoria temprana nunca publicado.***

### **Conclusiones.**

En la medicina actual hemos concebido proezas en los tratamientos y curas de grandes enfermedades. Hemos desarrollado las tecnología y destrezas para ver el interior del cuerpo sin abrirlo, hemos determinado nuevos genes y moléculas terapéuticas de nuestros enfermos, pero ¿Verdaderamente conocemos a nuestros pacientes?

La importancia de la relación médico-paciente, o paciente-médico, no importa el orden de mención, radica en que funge como piedra angular y fin último de una buena práctica médica. Trae satisfacción de manera bilateral, en aspectos personales, profesionales y repercute en desenlaces de nuestro sistema sanitario. Permite sanear déficits en distintas esferas que acaecen en nuestro organigrama de salud producto de una etapa de transición vertiginosa y en ocasiones inesperada que estamos viviendo. Y se avecinan más y más retos. Con mucha más razón debe prevalecer esta relación como humanizada, centrada en el bienestar de sus dos elementos y con una capacidad de adaptación a los cambios venideros sin perder su esencia.

***José nunca acudió a su cita de seguimiento postquirúrgico, cita jamás agendada porque no hubo forma de contactarle después de su houdiana fuga de hospitalización. Tantas posibilidades que existen hoy en día, un mensaje, una videollamada o aplicaciones que se antojaría fácil no perder la evolución subsecuente de nuestros pacientes. Sin embargo, parte de la interacción con***

***los pacientes en el día a día durante la práctica médica consiste en presenciar y comprender de vidas complicadas en un mundo con una distribución desigual de recursos y privilegios. De haber nacido en otro código postal, en otras circunstancias fácilmente podríamos enfrentar los mismos desafíos que nuestros pacientes con una vida diferente a la que conocemos.***

***Meses y cientos de pacientes, rostros, síntomas, valoraciones más tarde, estás nuevamente en la consulta externa. De prisa. A punto de tomar el siguiente expediente y caminar por el pasillo, te detiene un individuo sujetándote del brazo, y con emoción exclama tu nombre. “Gracias por todo, doctor, en serio se lo agradezco” al tiempo que te brinda una pequeña bolsa de celofán con dulces en su interior. Quizá el mejor regalo que podrás recibir en mucho tiempo, y no por el esfuerzo que representó para el señor José brindar dicho presente ni por la valía de interior de la bolsa, sino por la gratitud sincera de los pacientes.***

#### Bibliografía.

1. Adolfo de Francisco. Los fundamentos de la relación médico-paciente. Acta Médica Colombiana Vol. 24 No. 3. Enero-febrero. 1999.
2. Marchalik D, Catomeris A, Krasnow R. The Impact of Burnout on Professional and Academic Goals and Career Regret in Urology Trainees. J Urol. 2019 Jul;202(1):45-46. doi: 10.1097/JU.000000000000146. Epub 2019 Jun 7. PMID: 30747874.
3. Washington S, Quanstrom K, Carroll P et al: The interventions to reduce resident exhaustion and depersonalization (TIRRED) study: a pilot study exploring burnout in an academic urology program (abstract MP15-08). J Urol, suppl., 2019; 201: e199.
4. Rodríguez-Socarrás M, Vasquez JL, Uvin P, Skjold-Kingo P, Gómez Rivas J. “Síndrome de agotamiento”: Estrés, Burnout y depresión en Urología [Fatigue syndrome: Stress, Burnout and depression in Urology.]. Arch Esp Urol. 2018 Jan;71(1):46-54. Spanish. PMID: 29336332.
5. Parkinson R, Eardley I, Reynard J. The meaning of words - closing the gap in understanding between doctors and patients in 21st century consent. BJU Int. 2020 Oct;126(4):411-415. doi: 10.1111/bju.15167. Epub 2020 Aug 7. PMID: 32649792.

