

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LA HABANA

LA RELACIÓN EQUIPO-PACIENTE-FAMILIAR CUANDO LA MUERTE ACECHA
Relationship among the medical team, the patient and the relatives when death lies in wait

Dr. Ricardo González Menéndez¹

RESUMEN

A partir de una situación humana que sirve de paradigma a las serias dificultades en la comunicación que pueden existir durante la atención a enfermos graves y sus familiares, se aportan elementos psicológicos que explican la alta exigencia de sensibilidad humana, compasión, disponibilidad de ayuda de los miembros del equipo de salud, su involucración y la sensible repercusión estresante sobre ellos. Se aborda, además, la necesidad de que profesionales y técnicos de la salud enfatizen su preocupación por la formación humanística

SUMMARY

Taking as a basis a human situation showing the serious difficulties in communication that may exist in caring for critically ill patients and their relatives, this paper gave psychological elements that explain the high demand of human sensitivity, compassion and support from the medical team as well as their involvement and the stressing impact upon them. It also stated that health professionals and technicians must increase their concern about the humanitarian formation of the

¹ Profesor Titular, Consultante y Principal de la Facultad Médica Universitaria "Calixto García". Responsable de Docencia Superior del Hospital Psiquiátrico de La Habana.

del personal auxiliar, que generalmente desconoce el alto significado de sus potencialidades interpersonales en los servicios de salud. Se proponen finalmente reflexiones orientadas a concienciar que se trata de una de las situaciones asistenciales en que más trascendente resulta recurrir a la vocación médica, presente con diferentes matices en todos los trabajadores de la salud.

Palabras clave: Relación equipo de salud, paciente, familiar, características en casos de gravedad, ética médica.

INTRODUCCIÓN

Uno de los factores más relevantes a considerar en el complejo campo de la relación médico-paciente (RMP) es el estado afectivo de sus participantes (miembros del equipo, pacientes y familiares), y el modelo para valorar sus implicaciones humanísticas es precisamente la relación establecida cuando se atienden pacientes con riesgo de muerte, es decir, la relación con el paciente grave y su acompañante.

Los párrafos que siguen pretenden destacar algunos mecanismos psicológicos específicos a tomar en cuenta en esta frecuente situación profesional.

Los párrafos que siguen pretenden destacar algunos mecanismos psicológicos específicos a tomar en cuenta en esta frecuente situación profesional. Hasta hace pocos meses todo iba bien para *Antonio*: *María*, su esposa, reunía todas las condiciones para hacerle feliz, los muchachos no podían ser mejores y él, considerado por todos como un hombre de bien, sentía la satisfacción de ser útil y, además, tenía el respeto y el aprecio de los vecinos de su zona.

Después... comenzó la desgracia. Al principio, fue sólo palidez y decaimiento, poco más tarde aparecieron la fiebre y el dolor de cabeza.

El día antes de acudir al médico, ya *María* casi no se levantaba de la cama y se le notaban manchas oscuras en todo el cuerpo.

La expresión del facultativo cuando la examinó indicaba que la enfermedad era grave, *Antonio* se preocupó, pero confiaba en aquel médico, pues todos hablaban de sus aciertos y, además, era muy buena persona.... Al día siguiente, las palabras que escuchó lo llenaron de angustia: había que trasladarla a un hospital de más recursos para hacerle el tratamiento.

Al ver sus ojos humedecidos por las lágrimas, *Antonio* comprendió que *María* también sospechaba que sería un viaje sin regreso. Durante el trayecto, muchas eran las preocupaciones de la pareja y muchos los sentimientos que apretaban sus pechos. Para los dos estaba claro que la enfermedad era muy grave, pensaban en los muchachos que dejaron con los vecinos, en las siembras y los animales que quedaron abandonados y también pensaban como se sentirían en un lugar donde nadie los conocía. El temor a la muerte, la angustia ante lo desconocido y la tristeza frente a la separación próxima, no opacaban otro sentimiento común: la hostilidad ante el infortunio.

auxiliary staff since this personnel generally are not aware of the high significance of their personal potentialities at the healthcare services. Finally reflections were made to raise the conscience of the health team that this is one of the medical assistance situations requiring the highest expression of medical vocation which every health worker has in greater or lesser extent.

Key words: Health team-patient-relative relationship; characteristics in critical cases, medical ethics.

En pocos minutos más, *María* y *Antonio*, en el papel de paciente y familiar, respectivamente, se convertirían en usuarios de los servicios médicos, en un país donde la salud es derecho del pueblo y tarea prioritaria del Estado.

La responsabilidad enorme de ofrecer a personas como ellos un trato adecuado lleva a la formulación de las siguientes preguntas:

¿Estamos todos haciendo el mayor esfuerzo para que la estancia en los centros asistenciales de personas como María y Antonio sea lo menos angustiada posible?

¿Estamos todos equipados con la información y entrenamiento necesario para lograr este objetivo?

Afortunadamente una gran mayoría del personal médico y paramédico de Cuba podría responder de forma afirmativa a estas dos preguntas.

El objetivo del presente trabajo es contribuir a que cada vez sea menor el número de trabajadores de la salud que tengan dificultades para situarse en el lugar de las personas con quienes se relacionan.

El equipo ante el enfermo grave

Sería de utilidad analizar, en algunos aspectos, los sentimientos de *María*. Se habló de su temor a la muerte, de su angustia ante lo desconocido, de su tristeza por la separación de los hijos y de su hostilidad frente al infortunio.

Es importante recordar que las enfermedades producen frecuentemente un regreso a conductas inmaduras superadas durante el desarrollo personal (mecanismo de regresión) y que este fenómeno se manifiesta por inseguridad, cambios afectivos bruscos, incapacidad para tolerar frustraciones y sobre todo, por una demanda permanente de afecto. Estos elementos, entre otros, son los responsables de que en las relaciones con el médico se demuestre irritabilidad, indisciplina, reclamo constante de atención y, sobre todo, una gran sensibilidad ante cualquier manifestación verbal o extraverbal del equipo, que no satisfaga su necesidad de afecto.

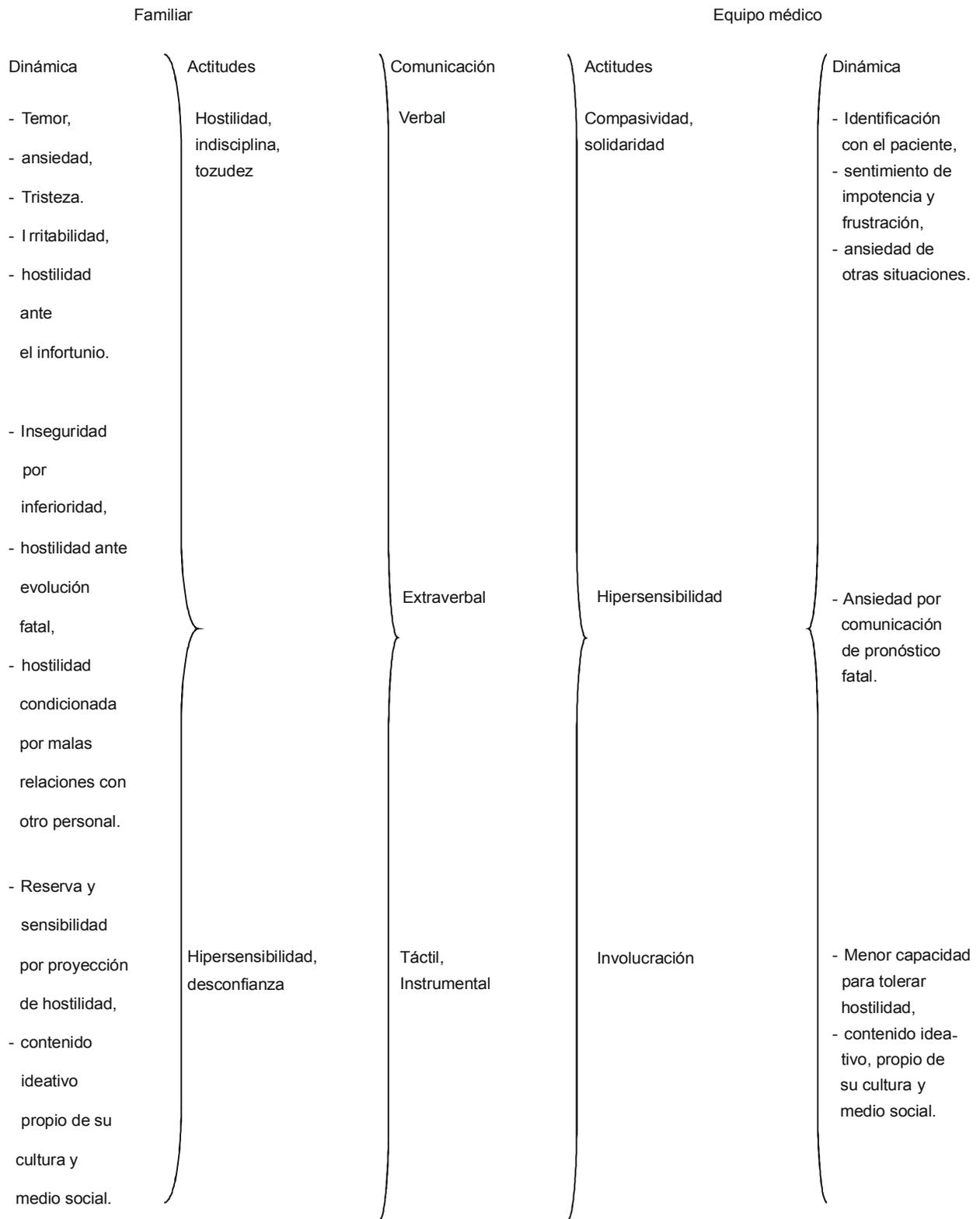
En cuanto al otro participante en la relación: el médico, paradigma del equipo en su enfrentamiento a la dolorosa situación de una paciente con una afección incurable.

A su habitual sensibilidad y potencialidad de involucración podría sumarse la identificación con la paciente

Recuadro 1. El equipo médico ante el enfermo grave y su familia (dinámica y estado afectivo)

Paciente	Comunicación	Equipo médico
Paciente	Comunicación	Equipo médico
<p>Ansiedad, tristezas, irritabilidad, Inferioridad.</p>	Verbal	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilidad, - involucración, hostilidad, - impotencia, - frustración, - identificación con familiares.
<p>Demanda de afecto, demanda de atención, inseguridad, egoísmo, Indisciplina</p>	Extraverbal	<ul style="list-style-type: none"> - Tensiones ante la gravedad, - tensiones desplazadas laborales y extralaborales, responsabilidad.
<p>Contenido ideativo propio de su cultura y de su medio social.</p>	Táctil	<ul style="list-style-type: none"> - Contenido ideativo propio de su desarrollo profesional y cultural.
Hipersensibilidad	Instrumental	Ansiedad

Recuadro 2. El equipo médico ante el familiar del enfermo grave



(mecanismo inconsciente por el cual la imagen de una persona puede ser sustituida por la de otra) que podría llevarlo a sentir la angustia que le produciría la afección de padecerla él mismo o algún familiar allegado. Por otra parte, el sentimiento de impotencia y frustración que se experimenta ante enfermedades de este tipo, si se asocia con las ansiedades desplazadas de otras situaciones profesionales o personales, puede llegar -por la vía de la ansiedad-a dificultar la comunicación verbal y extraverbal adecuada para satisfacer las demandas del paciente. En el recuadro 1 se muestra esta relación interper-so-nal.

La información que se brinda en este recuadro es válida para resumir la situación en afecciones de gravedad y puede dar también, con las modificaciones pertinentes, un sentido general de las RMP en cualquier enfermedad.

Pero el drama humano que se analiza, no sólo involucra a *María*, a su médico y al resto del equipo. El familiar desempeña también un papel importan-tísimo, hasta el punto que muchas veces su manejo resulta mas difícil que el del propio paciente.

En la valoración de la situación de *Antonio*, se tratará de explicar por qué ocurre esto.

El equipo ante el familiar del enfermo grave

En *Antonio*, es preciso tener en cuenta, además, la inferioridad e inseguridad que se derivan de la necesidad de depender de otra persona, la hostilidad-generalmente inconsciente-derivada de su apreciación de que el médico es incapaz de evitar la muerte de su mujer, y las posibles y no excepcionales frustraciones que pueden haberse determinado por algún trato inadecuado de otros miembros del equipo institucional, producido con anterioridad (recordar la notable importancia de las relaciones del personal auxiliar y administrativo).

Por último, hay que tener en cuenta que cuando este sentimiento se proyecta (mecanismo inconsciente que se atribuye a otros sentimientos que nos embargan), es fuente de reserva y sensibilidad y cuando estos elementos coinciden con un nivel cultural bajo, determinan actitudes de franca hostilidad, indisciplina, tozudez, hipersensibilidad y sobre todo, de notable desconfianza.

Veamos ahora al médico en esta relación.

Se agregarían dos factores a los señalados en la RMP:

- La tensión que produce la necesidad de comunicar el pronóstico de una afección mortal.
- La menor tolerancia para recibir manifestaciones de hostilidad familiar, toda vez que la mayoría de las veces el médico considera que está relacionándose con una persona sana sin recordar su estado afectivo.

Llevado a un esquema esta relación sería como aparece en el recuadro 2.

Ya se ha hecho referencia a los sentimientos comunes en la pareja: temor, ansiedad, irritabilidad, y hostilidad. Al

analizar la mayor complejidad de esta relación, es bueno recordar que muchos de los elementos aquí presentes no lo están (o aparecen con menor intensidad) en la RMP, donde funciona el mecanismo de negación (mecanismo inconsciente por el que se rechaza de la conciencia el contenido ideativo angustiante) que protege al paciente de la ansiedad que produciría el conocimiento permanente de su pronóstico fatal.

Es bueno, además, tener en cuenta que, en algunos casos, se agrega un nuevo elemento a dicha relación, que es la disparidad de criterio sobre el pronóstico de la afección que, para el familiar, y debido a diferentes concepciones místicas y culturales, puede tener un significado especial que lo lleve a reaccionar en forma incomprensible para el médico si no se tienen en cuenta estos aspectos.

DISCUSIÓN

Intensivistas, psiquiatras, eticistas y psicólogos, han abordado el tema y destacado la repercusión de las tensiones sobre el personal de la salud,^{1,2} la relevancia humanística de la conducción adecuada de la situación,³⁻⁵ los aspectos psicológicos,⁶⁻⁸ las tácticas de manejo,⁹ el valor de esta relación como paradigma de complejidades¹⁰ y han coincidido en las altas demandas de los valores ético espirituales en el enfrentamiento a las mismas.

Analizando algunos elementos que intervienen en estas relaciones, podríamos preguntarnos:

¿Hemos sentido alguna vez desagrado ante el trato demandante y hostil de alguien que en el rol de paciente o familiar se angustia ante el acecho de la muerte?

¿Hemos sentido alguna vez desagrado ante críticas o manifestaciones de desconfianza sobre nuestra capacidad médica cuando un caso incurable sigue una evolución fatal?

¿Hemos sentido alguna vez desagrado al ver peligrar una vida por haberse perdido tiempo con remedios case-ros o con visitas a curanderos?

¿Hemos sentido alguna vez desagrado ante infraccio-nes higiénicas, dietéticas o disciplinarias, cometidas por pacientes o familiares como consecuencia de sus limita-ciones culturales?

Queremos reflexionar ahora ¿cuán consciente tenemos todos los miembros del equipo de salud, la alta responsabilidad ético deontológica y humanística, implícita en la atención de situaciones como las valoradas con esta pareja que simboliza los sufrimientos del enfermo y su núcleo familiar al enfrentar una afección presuntamente mortal?

Y aplicando la regla de oro de la ética, ¿cómo nos sentiríamos de estar en la situación de *María* y *Antonio* ante un manejo deficiente de las relaciones interpersonales?, deficiencias que podríamos ejemplificar con un trato inadecuado por un portero, camillero, u otro miembro del personal auxiliar, también con un parte médico de gravedad crítica, carente del acompañamiento afectivo y las palabras de apoyo adecuadas por parte del personal de información, cuya potencialidad de involucración ante las tragedias humanas debiera ser muy superior al promedio en otras actividades

de servicio. Y que decir de la reprimenda hostil de una auxiliar general por caminar sobre un piso todavía húmedo derivada de su imposibilidad discriminativa para reconocer el estado afectivo del familiar. ¿Cómo podría sentirse un familiar presionado por la angustia ante la indiferencia o el trato áspero de una pantrista incapaz aún de sensibilizarse ante la anorexia de la enferma? Y peor aún, ¿cómo reaccionaría cuando apreciara deficiencias del desempeño interpersonal en el personal técnico y profesional, donde resultan todavía más dolorosas, por frustrar las expectativas de trato empático, habida cuenta de su nivel de conocimientos y entrenamiento?

Aunque afortunadamente estos errores resultan cada vez menos frecuentes como lo avala la habitual satisfacción técnica e interpersonal de nuestros usuarios nacionales o en Haití, África, Centro América y el Caribe, podemos asegurar que los que hayamos fallado en el manejo profesional de situaciones como las descritas, seguramente las hemos conducido basándonos con exclusividad en nuestras apreciaciones y exigencias personales, sin tener en cuenta que en la mayoría de los casos el nivel intelectual y de información de esas personas es más bajo que el nuestro y que en situaciones de angustia extrema el comportamiento de cualquier ser humano se modifica y siempre en el sentido negativo.

Sugerimos que cuando en el futuro se repitan estas experiencias, nos preguntemos: *¿Estamos realmente poniéndonos en el lugar de esta persona? ¿Hemos estado conscientes de que la atención a pacientes graves constituye el paradigma de mayores exigencias vocacionales en nuestra profesión? ¿Somos todos conscientes de la alta trascendencia humana de contribuir a que nuestros trabajadores, auxiliares y administrativos sean informados y entrenados sobre sus enormes potencialidades de ayuda desde cualquier puesto de trabajo en una institución de salud?*

A manera de conclusiones quisiéramos destacar que el contexto interpersonal en que se producen las interacciones del equipo con el paciente y familiares en casos de gravedad, reúne características bien definidas que hacen compleja, en forma relevante, la comunicación entre los prestadores de ayuda y los reclamadores de ayuda, al magnificarse hasta su clímax, la profunda susceptibilidad y demanda de comprensión, involucración, afecto y respeto consustanciales a cualquier relación humana, pero ahora incrementadas por la ansiedad, la inseguridad y la hostilidad ante la incertidumbre y el infortunio.

Es precisamente en estas circunstancias cuando se debe manifestar (y de hecho así ocurre en la gran mayoría de los casos) esa vocación médica -necesariamente existente en todos los miembros del equipo de salud- expresada en forma contundente en la carta de *Esculapio* a su hijo "pero si te juzgas pagado lo bastante, con la dicha de una madre, con una cara que sonrío porque ya no padece, con la paz de un moribundo a quien ocultas la llegada de la muerte, si deseas conocer al hombre y penetrar en lo más trágico de su destino, entonces... hazte médico hijo mío".

Y una última reflexión, si bien la comprensible actitud hostil del enfermo y familiar en condiciones de gravedad los lleva a comportamientos poco favorecedores del establecimiento de relaciones interpersonales positivas, esta situación es la idónea para aplicar el principio ético deontológico expresado en un pensamiento chino de varios siglos de existencia: "Ámame cuando menos lo merezca porque es cuando más lo necesito"

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ninos N. Humanism and Technology. Crit Care Med. 1988;16(17):1252-3.
2. Hernández Monsalve LM, Gervas J. El estrés de los profesionales sanitarios: un riesgo y un problema laboral. En: Riesgos del trabajo del personal sanitario cap. 39. Madrid: Interamericana Mc Graw Hill; 1993.
3. González R. Psicología para médicos generales. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1984.
4. Núñez F. Psicología Médica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000.
5. Acosta J. ¿Quién debe decidir? Rev Avances Méd de Cuba. 1996;3(6):59-62.
6. González I. Atención psicológica al acompañante en unidades de cuidados intensivos. Rev Hosp Psiquiátr Hab. 1990;31(1):107-12.
7. González R. La Psicología en el campo de la salud y la enfermedad. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2005.
8. Kottow M. Introducción a la Bioética. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1995.
9. Fajardo G. El legado y los modelos de la ética en la atención médica. Rev Med IMSS. 1991;29(1):1-5.
10. Serret B, Smith V Von, Crespo L. El médico ante la enfermedad mortal, el moribundo y su familia. Santiago de Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 1993.

Recibido: 16 de agosto de 2005. Aprobado: 19 de noviembre de 2005.
Dr. Ricardo González Menéndez. Ave. de la Independencia No. 26520.
Boyeros. La Habana 19220, Cuba. e-mail: isaric@infomed.sld.cu