



Relación médico-paciente con cáncer

María del Pilar Meza-Rodríguez,* Claudia Sánchez-Bravo,* Javier Mancilla-Ramírez†

* Departamento de Psicología, Investigadoras en Ciencias Médicas, Instituto Nacional de Perinatología.

† Director General, Instituto Nacional de Perinatología.

RESUMEN

Es conocido que en el terreno de la salud, el adecuado establecimiento de la relación médico-paciente favorece la intervención profesional oportuna, mejorando la evolución en el proceso de la enfermedad que da motivo al establecimiento de tal vínculo. Esta relación también ha cambiado, favoreciendo la participación activa del paciente en la toma de decisiones sobre su cuidado y salud, así como el compromiso ético en los profesionales de la salud con relación a la actualización de sus conocimientos, remarcando la importancia de la comunicación entre ambas partes. El paciente con cáncer y su familia cursan por un proceso peculiar, debido a la representación social y mental de esta enfermedad, así como por la toma de decisiones, y se hace evidente en ellos una especial vulnerabilidad durante el curso del padecimiento. El médico debe desarrollar su habilidad para la comunicación de malas noticias, asumiendo un rol ético, profesional y humanitario.

Palabras clave: Médico, paciente, ética, cáncer.

ABSTRACT

It is a well known fact in the health circle that establishing an adequate rapport with the patient facilitates timely interventions, which in turn can improve the course of the disease. The physician-patient relationship has evolved in order to favor an active participation of the patient in the decision-making process concerning his health and self-care, as well as promoting a more ethical commitment of the health professional through motivating knowledge updating and emphasizing the importance of developing communication skills. Cancer patients and their families are particularly vulnerable, since they experience a difficult process due to the social and mental representations of cancer, and the tough decisions they have to make in relation to the disease. The health professional has to develop communication skills to deliver bad news from an ethical, professional and human point of view.

Key words: Physician, patient, ethics, cancer.

La relación médico-paciente es un vínculo bastante complejo, que se establece entre un profesional de la salud y un individuo que requiere de sus servicios por tener un problema; el sujeto presenta una enfermedad y el médico es el profesional formado para ayudarlo a resolver su situación.¹ Este vínculo va más allá de ser un proceso científico o mercantil: es una relación encauzada a diagnosticar la problemática del enfermo y llevar a cabo las acciones pertinentes encaminadas a su restablecimiento integral (biopsicosocial); debe dirigirse a establecer un trato cordial, afectuoso, de confianza, aprecio y respeto mutuo que debe unir siempre al médico con el enfermo.² Esta relación médico-paciente fundamenta el quehacer médico y es la base de una adecuada práctica de la disciplina médica.

En este intercambio participan elementos racionales pero también emocionales, ya que están implícitos los sentimientos, principios y vivencias del paciente y del profesional de la salud. El tipo de vínculo que se establezca dependerá de las características del paciente y su condición clínica; hay que señalar que esta relación es dinámica y los roles que se asumen pueden variar con el tiempo; independientemente de ello, es un lazo muy estrecho e interpersonal que forma una fuente crítica de bienestar para los sujetos enfermos y sus familiares, y de satisfacción para el médico en el ejercicio de su profesión.³

Existe evidencia de que la relación y comunicación médico-paciente genera beneficios para la salud física y psicológica del paciente, por lo que, consecuente-

mente, los problemas en esta relación son un factor crucial en la decisión de cambiar de médico.⁴

La base de este vínculo está en la confianza que le otorga el paciente al médico, recurriendo a él para recuperar su salud; por ello, es el médico quien debe ocuparse del restablecimiento del enfermo conduciéndolo por un proceso de recuperación integral.

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.

Como en toda situación interpersonal, el respeto mutuo es fundamental y debe caracterizarse por:

- a) El respeto al enfermo, a su dignidad como persona, a la confidencialidad, la intimidad, el derecho a recibir la información que necesite y a participar en las decisiones que tenga que tomar a lo largo del proceso de la enfermedad.
- b) Confianza mutua basada en el acceso y comprensión de la información suministrada, responsabilizando a los integrantes del vínculo en los procesos de cuidado para lograr la eficacia en el tratamiento.
- c) Autonomía del paciente, quien sustentado en la comprensión de su proceso clínico, se encuentra capacitado para la toma de decisiones, por lo que el proceso de comunicación es trascendente.¹

Con base en la relación médico-paciente, se han formado distintos modelos de atención:

- a) La relación paternalista: este tipo de relación ha venido ocurriendo durante años, se caracteriza por una dominancia del profesional de la salud sobre el enfermo, colocando a éste en una actitud pasiva donde sólo acepta y obedece las órdenes médicas sin cuestionamiento alguno;
- b) El modelo autonomista, que contempla la participación activa del paciente en la toma de decisiones acerca de su situación.¹

Cabe mencionar que actualmente los pacientes se encuentran más informados: obtienen datos por internet o de la prensa no especializada, y cuentan en muchas ocasiones con información errónea, por lo que es importante establecer un límite claro a

la autonomía del paciente, sustentado en la administración de información científica clara, precisa y comprensible, acorde al nivel sociocultural del enfermo y la familia.

Parece ser que los dos modelos anteriores no cubren por completo las expectativas de una relación médico-paciente idónea, por lo que se ha planteado un tercer modelo en donde el médico —en su posición de superioridad— no decide por el paciente, ni éste sobrepasa los límites, sino que ambos están basados en la confianza y en el establecimiento claro del objetivo común de recobrar la salud, y así elaboran una estrategia que les lleve a la toma conjunta de decisiones; ambos aportan: el médico, el conocimiento y experiencia, y el paciente, sus expectativas sobre su salud y futuro.

Varios modelos de relación clínica han sido descritos; sin embargo, el tipo de vínculo que se establezca depende de las características del paciente y su condición clínica, considerando que es un tipo de relación dinámica y los roles que se asuman en ella pueden variar en el tiempo. Cualquier modelo que se adopte debe tener como base el respeto y la participación mutua del médico y el paciente en la toma de decisiones sobre el manejo de la enfermedad. Actualmente se puede concebir al paciente como capaz y autónomo para tomar decisiones sobre su enfermedad —aun a pesar de estar enfermo—, por lo que existe un nuevo modelo de relación clínica en donde el paciente tiene un rol activo y participativo y, por ende, protagonista.⁴

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y CÁNCER

El cáncer es una enfermedad crónica, cuya representación social se vincula con dolor, incapacidad, desfiguro, muerte, etcétera, y propicia una serie de reacciones emocionales en el paciente y su familia, que comúnmente rebasan sus recursos psicológicos y se encuentran ligadas al pronóstico, supervivencia, calidad de vida y tratamientos propuestos.⁵ Estas creencias inciden en la interpretación individual del evento, el cual puede ser visto como catastrófico, aun cuando las condiciones físicas reales de la enfermedad sean favorables para la sobrevivencia; es necesario comentar que el impacto emocional y la representación mental de la enfermedad pueden interferir con la aceptación de los tratamientos médicos propuestos.⁶

Comúnmente se hace difícil creer que la gente sobreviva al cáncer o que pueda tener un buen pronóstico; afortunadamente, hoy en día los avances han favorecido la aparición de manobras eficaces para la detección oportuna de la enfermedad, se han generado mayores opciones de tratamiento, y ha mejorado la calidad de vida y la posibilidad de supervivencia; sin embargo, en muchos casos, tanto el paciente como su familia continúan padeciéndolo emocionalmente por esta representación de la enfermedad o por los contactos previos con ella, que hacen difícil creer que se pueda superar. En estos casos, el papel del médico es insustituible y debe enfocarse a la generación de confianza en el paciente, incluida su familia, conformando una base sólida en la relación y comprensión del hecho.

En una revisión en los pacientes con cáncer de mama se han identificado como factores que inciden en la adaptación a la enfermedad los siguientes:

- a) Características propias de la paciente y del entorno que le rodea anteriores al diagnóstico de cáncer;
- b) Factores relacionados con los tratamientos propuestos;
- c) Factores posteriores a la realización de los tratamientos.⁷

El cáncer también puede ser invasor, ser detectado en etapas avanzadas o en cualquier otra condición que coloque al paciente en una etapa terminal, en cuyo caso la relación médico-paciente se modifica por lo inevitable de la muerte del enfermo y las reacciones emocionales secundarias en el paciente, su familia y en el propio profesional de la salud, quien debe tener claro durante su ejercicio que los avances en la medicina no pueden evitar acontecimientos naturales de la vida, como el envejecimiento, el sufrimiento y la muerte. En la etapa terminal, ya no se pretende la mejoría del paciente; por otro lado, el paciente se enfrenta a lo que culturalmente se ha negado: la muerte.⁸

La comunicación de malas noticias es un evento al que pocos profesionales quisieran enfrentarse; sin embargo, es parte inherente a la práctica médica. A continuación se exponen los principios generales que deben tomarse en cuenta en esa práctica:⁹

Preparación	Conocimiento de la historia médica, plan de manejo y expectativas del paciente.
Lugar y tiempo	Contar con el tiempo suficiente y un espacio privado, evitar interrupciones.
Comunicación	Qué sabe o qué sospecha el paciente, emplear términos claros, cerciorarse de que el paciente y su familia han entendido.
Emociones	Permitir la expresión de las emociones, generar una respuesta empática y sensible, ofrecer opciones de tratamiento.
Aspectos familiares	Detección de crisis familiares ajenas al cáncer, apoyo emocional a la familia y decidir su inclusión en el manejo.
Factores transculturales	Determinar el origen sociocultural y la conceptualización de la enfermedad.
Religión	Verificar si ésta puede ser una red de apoyo.

Es recomendable que en la comunicación de malas noticias participen otros profesionales de la salud como el psicólogo, que puede contener las reacciones emocionales que se presenten y dar seguimiento durante el proceso de la enfermedad, y el trabajador social, que puede evaluar el contexto socioeconómico y apoyar en este aspecto.

En la etapa terminal, el objetivo ya no es la mejoría del paciente, sino la instauración de los tratamientos paliativos que mejoren la calidad de vida. En un enfermo terminal, el médico, junto con el paciente, puede modificar ciertas situaciones como la hospitalización prolongada y la ausencia de compañía familiar, que pueden afectar la calidad de vida del enfermo sin que el resultado final varíe, a diferencia de un enfermo en quien se espera que el resultado final sea la curación.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece los siguientes objetivos de tratamiento en un enfermo terminal:

- 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.

No es raro que los familiares, con el fin de evitar sufrimientos morales a su enfermo terminal, soliciten al médico que se vuelva cómplice de ellos ocultando la verdad al paciente y manteniéndolo ignorante de la gravedad de la enfermedad y lo próximo de su muerte. El médico, antes de aceptar esta situación, debe tener en cuenta que, al evitar decir la verdad, se expone a que el enfermo descubra lo que ocurre y le pierda confianza; en la mayoría de las ocasiones, si el médico ha adquirido habilidad en la comunicación de malas noticias, incluye al equipo multidisciplinario y se ha ganado la confianza de su paciente al hablar con la verdad, ayuda a evitar que el enfermo genere una serie de fantasías que pueden ser mucho más amenazantes que la condición real. Cuando el paciente pregunta cuánto le queda de vida, hay que hablar con la verdad, y lo cierto es que nadie sabe cuánto va a vivir una persona, ni siquiera el médico sano sabe cuánto va a vivir él mismo; todos vamos a morir tarde o temprano.

Por último, es importante señalar que en este proceso de la enfermedad los recursos emocionales frecuentemente se ven sobrepasados y orillan a las personas a la adopción de métodos de curación no científicos, por lo que es responsabilidad del médico

aclarar que en el paciente se están empleando los conocimientos comprobados científicamente con los que se cuenta al día y se están adecuando a su caso, para evitar así más dolor y sufrimiento al enfermo y su familia.

REFERENCIAS

1. Gajardo-Ugas A, Lavados-Montes C. El proceso comunicativo en la relación médico paciente terminal. *Persona y bioética*. 2010; 14: 48-55.
2. Díaz I. Técnica de la entrevista psicodinámica. México: Pax; 1998.
3. Pellegrino E. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. En: *Bioética, temas y perspectivas*. Washington: OPS; 1990. pp. 8-17.
4. Bascuñán R. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Rev Med Chil*. 2005; 133: 11-6.
5. Veronesi U. Psychological consequences of cancer and their management. *Breast Cancer*. 2003; 15: 61-7.
6. Meza MP. Guía clínica de intervención psicológica de la mujer con cáncer de mama y ginecológico. *Perinatol Reprod Hum*. 2007; 21: 72-80.
7. Meza MP, Espíndola G, Mota C, Rodríguez L, Díaz E. Factores que inciden en la adaptación a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama. *Psicología Iberoamericana*. 2005; 13: 43-7.
8. Silva M. El paciente terminal: reflexiones éticas del médico y la familia. *RFM*. 2006; 29: 16-21.
9. Almanza-Muñoz JJ, Holland JC. Psicooncología: estado actual y perspectivas futuras. *Cancerología*. 2000; 46: 196-206.

Correspondencia:

Dra. Claudia Sánchez Bravo
Departamento de Psicología
Instituto Nacional de Perinatología
Montes Urales Núm. 800,
Col. Lomas Virreyes,
Del. Miguel Hidalgo,
11000, México, D.F.
Tel: 55209900 ext. 147