

Relación médico-paciente: estructura del concepto

*Jorge A. Fernández V.**

La Relación Médico-Paciente (RMP), se puede analizar desde diferentes ángulos, en realidad, tantos como elementos haya constitutivos de un encuentro entre dos o más seres humanos, en un entorno particular constituido por un contrato de servicio demandado, inserto en una sociedad determinada. Aunque su análisis es motivo de debate continuo e inacabable, apenas resaltaremos los puntos de vista más prominentes desde el quehacer fundamental de la medicina clínica, cual es, su devoción y entrega para ayudar al paciente. En primer término, se identifica como una relación de comunicación, de expresión, en la que se reconoce al emisor/paciente, un canal de comunicación, la entrevista, el diálogo, y un receptor/médico, que en la dinámica propia se vuelve de doble vía, biunívoca, con un intercambio de información técnicamente conducido, a fin de tomar determinaciones y decisiones lo más consensuadas posibles entre el médico y el paciente y sus particularidades. Consiste, básicamente, en un encuentro real o virtual, entre un sujeto que demanda y otro que encarna un supuesto “saber” que puede posibilitar a aquél (paciente), salir de la situación de su padecimiento corporal, mental o espiritual, aunque el otro (médico), no sepa anticipadamente qué se le pedirá y si podrá responder a la demanda. El médico ocupa su lugar al escuchar esas demandas, identificar las transferencias del paciente que generalmente expresan preocupación, ansia de solución, sufrimiento o privación, siempre con el propósito de brindar la ayuda necesaria para la curación y preservación de la salud y el bienestar general. Las demandas pueden ser conscientes para ambas partes, expresadas por la solicitud de asistencia del

paciente, que conlleva la formulación de un contrato fáctico que acarrea responsabilidades administrativas, civiles y penales, en caso de fallas, particularmente del médico, como en los casos de iatrogenia y mala praxis profesional, o en las de difamación y desprestigio por parte del paciente. Se parte del concepto biológico de que el cuerpo humano es un ser orgánico cognoscible, que expresa síntomas y signos que el médico interpreta con su “saber”, para dar una respuesta de asistencia. Las demandas inconscientes tanto para el médico como para el paciente, base principal de la RMP, no conciernen al organismo como cuerpo físico, como soma, son del área psíquica, son subjetivas, tienen que ver con los afectos, gustos, deseos, emociones, angustias, y otros sentimientos con frecuencia expresados de manera sutil, que el médico debe reconocer y manejar a lo largo de toda la relación. A ellas no se responde desde la biología y el tecnicismo, requieren de la comprensión de los procesos psicodinámicos que las condicionan, hay que ubicarlas, contextual y sincrónicamente, en la historia natural de la enfermedad y sus consecuencias, interpretando las expresiones del paciente en cuanto a sus pensamientos, sentimientos y emociones. Es la otra parte, que generalmente no percibimos bien, en la que hay otra forma de manifestaciones del proceso salud/enfermedad que debemos integrar a través del arte y la ciencia clínica. Es el arte médico basado en los principios elementales del humanismo, tratando de sentir lo que el paciente siente, siendo tolerante ante las manifestaciones de la diversidad humana, comprensivo y solidario ante el desamparo que impele a apelar por ayuda ante quien se supone sabrá manejar y dar las mejores respuestas de solución a las carencias. El paciente manifiesta sus necesidades por medio de transferencias psíquicas que la mayor parte de las veces son de visión paternalista, de dependencia, por la vulnerabilidad

* Inmunólogo. Hospital Escuela. Miembro del Comité de Ética del CMH.
Dirigir correspondencia al correo electrónico: Dr. Jorge A Fernández, Correo electrónico: joralferr@hotmail.com

y frustración ante el fracaso de la autocuración, de hecho, nos relata una historia autobiográfica en la que se observan automatismos de repetición, de condicionamientos psíquicos que a lo mejor ocurrieron durante la infancia y ahora en ocasión del apuro mórbido se repiten, quizás transfiriendo la figura paterna al médico. Nos dramatiza su sufrimiento, inadaptación, falla o pérdida, ofreciéndonos su sentimiento de omnipotencia, resaltando con fe y esperanza que lo liberaremos del mal, aunque no siempre debe

suponerse que el deseo real sea el de curarse. Es el punto de asimetría más pronunciado en la RMP, que puede llevar a la dependencia paternalista del médico, a la manipulación obsesiva del paciente, y, en general, a desviaciones o aberraciones en nada deseadas. El escudriñamiento crítico de las transferencias ofrece al médico la oportunidad de sostener una RMP apropiada y ofrecer respuestas terapéuticas más humanas.

AQUELLOS DE NOSOTROS
QUE SIENDO HIJOS Y NIETOS
DE HONESTÍSIMOS HOMBRES DEL CAMPO,
CIEN VECES
NEGARON SUS ORÍGENES
ANTES Y DESPUÉS
DEL CANTO DE LOS GALLLOS.

ROBERTO SOSA