

Necesidades básicas insatisfechas

E.A. López

LECTURA RÁPIDA

▼ No es raro que los prestadores de servicios y la población tengan definiciones diferentes sobre las necesidades de salud.

▼ Los médicos tienden a ver a los pacientes como lo que más encaja con las definiciones de los libros con los que estudiaron y, de manera inversa, todas las personas que se alejan de las enfermedades estudiadas pues... «no tienen nada».

▼ Los médicos comienzan a pensar que la atención exclusiva en la etiología orgánica de la enfermedad es insuficiente»

La barrera del sonido

La necesidad de los pacientes de tener un «escuchatorio», en lugar de un interrogatorio.

Dice Frenk: «No es raro que los prestadores de servicios y la población tengan definiciones diferentes sobre las necesidades de salud. Por ejemplo, el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa puede ser considerado por los profesionales como una necesidad que requiere de atención preventiva, mientras que la población puede no sentir tal necesidad... Sin duda, el grado de convergencia entre las definiciones de ambos grupos constituye un indicador del éxito del sistema de salud»¹.

Por momentos parece que los médicos tienden a ver a los pacientes como lo que más encaja con las definiciones de los libros con los que estudiaron y, de manera inversa, todas las personas que se alejan de las enfermedades estudiadas pues... «no tienen nada».

Los pacientes no deben pensar de la misma manera. Pacientes definidos como enfermos por los médicos pueden sentirse perfectamente sanos, y a la inversa, pacientes sanos para los médicos pueden referir sentirse muy enfermos. ¿Por qué?

Quizá nuestro entrenamiento como médicos no incluye el desarrollo de habilidades para escuchar de manera activa, tratando de entender realmente las quejas del paciente; y quizá por eso seguimos obteniendo una brecha en la definición de necesidades de salud.

«Lo biológico no sólo constituye una identificación, sino que es la parte constitutiva de la formación médica profesional. El aprendizaje se hace a partir de contenidos

biológicos, donde los procesos sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos. El médico en su formación de grado y posgrado no aprende a manejar la enfermedad en otros términos que los de los paradigmas biológicos»².

Es por eso, quizá, que «los profesionales de la salud se pregunten cada vez más por los factores sociales que influyen en los estados de salud y de enfermedad. Los médicos comienzan a pensar que la atención exclusiva en la etiología orgánica de la enfermedad es insuficiente»³.

Probablemente, es por esto que tanto médicos como pacientes tenemos necesidades básicas insatisfechas, necesidades que justamente la medicina centrada en el paciente puede ayudar a comprender y satisfacer. Pero ¿cómo nos afectan estos fenómenos durante la miríada de consultas de las cuales participamos?

La barrera del sonido

Cierta vez escuché a un médico hablar acerca de la necesidad de los pacientes de tener un «escuchatorio», en lugar de un interrogatorio. Está comprobado que, durante este último, los médicos escuchan poco e interrumpen mucho a sus pacientes. Por ello, los médicos debemos romper la barrera del sonido, ya que de esta manera podremos escuchar más, obtener más información y ayudar más a los pacientes.

Hemos sido instruidos en la obtención activa de datos, que en última instancia se convierten en medidas, números, cálculos, pero que carecen de significado para la vida que estamos tratando de ayudar.

De esta manera, lo que nosotros podemos llamar psoriasis, nuestros pacientes lo pueden llamar vergüenza. Para poder llegar a oír esto debemos aprender a romper la barrera del sonido dentro de la consulta. Las dificultades para acceder a través de dicha barrera radican, probablemente, en que no hemos sido entrenados en la entrevista, en la importancia de la escucha, en la interpretación de gestos y en toda la inmensa

Servicio de Medicina Familiar. Clínica Privada General Belgrano. Quilmes. Provincia de Buenos Aires. Argentina.

Correspondencia:
Ezequiel Alejandro López.
Avda. Mitre, 962, 7.º. Ávellaneda. 1870 Buenos Aires.
Argentina.
Correo electrónico: ezequielopez@yahoo.com

Manuscrito recibido el 22 de noviembre de 2004.
Manuscrito aceptado para su publicación el 22 de noviembre de 2004.

cantidad de información que estos elementos nos pueden brindar. No se nos enseña a utilizar las ciencias de la conducta; más aún, este tipo de materias adquiere en general un cierto tinte despectivo dentro de los claustros de estudios universitarios.

Por tanto, al carecer de un entrenamiento formal durante la educación de pregrado, la adquisición de este tipo de conocimientos se vuelve, en mi opinión, mucho más errática y demandante al requerir un esfuerzo autodidacta por parte del médico que le permita identificar las necesidades de los pacientes.

Pero ¿qué necesitan nuestros pacientes?

En ocasiones, en la práctica diaria encontramos a pacientes que necesitan un diagnóstico. Quizá ellos no estén tan preocupados por controlar los males que los llevan a la consulta como por poner un nombre a su padecimiento.

Estos pacientes se retirarán insatisfechos de nuestras consultas si no somos capaces de encontrar ese nombre que identifique su sufrimiento, llámese cefalea, contractura muscular, preocupación por su situación laboral, desempleo, vergüenza, etc., más aún, todos estos problemas pueden referirse al mismo tiempo a la afección de nuestro paciente. En la agenda común del médico y del paciente debería estar la elección de los nombres de las dolencias sobre las cuales actuar, y mucho más importante aún, cómo actuar sobre ellas.

Tampoco deberíamos olvidar que los métodos diagnósticos más sensibles y específicos con los que contamos como médicos son nuestros sentidos; sin embargo, el tiempo es el principal capital necesario para que los sentidos puedan rendir sus frutos. Cuanto menor es el tiempo de la consulta, mayores son los recursos de diagnóstico y tratamiento utilizados sin justificación.

En ocasiones también asistimos a pacientes que necesitan mucho más que una pastilla, necesitan mucho más que un tratamiento, necesitan un buen trato.

Hay pacientes que necesitan mucho más que consejos, necesitan una buena plática. Nos vienen a ver personas que necesitan de nosotros un esfuerzo extra para descifrar sus modelos explicativos y sus maneras de pensar, y de qué otra manera esto sería posible sino a través de «prestarles el oído a

nuestros pacientes», poder entender qué es la salud y qué es la enfermedad, cómo es el sistema digestivo según nuestros pacientes, por qué la presión arterial recuerda a una caldera, por qué si se juntan la máxima y la mínima dicen que explotan y es peligroso. ¿Por qué la presión, el azúcar, el colesterol y quizá todo aquello presente en la sangre se eleva cuando estamos nerviosos?

¿Quién nos enseña, por favor, a tener respuestas a todos estos interrogantes? ¿Cómo combatir, por ejemplo, la soledad, el aislamiento, el aburrimiento, la tristeza?

Las escuelas de medicina siguen sin reconocer la importancia de la inclusión de estos aspectos en la formación del médico. El definitivo cambio hacia un paradigma biopsicosocial es un proceso de lento desarrollo, y su principal catalizador debería ser la enseñanza médica.

Conclusión

Debemos tener en cuenta estos aspectos de todos los días, estas necesidades básicas insatisfechas que suceden dentro de la consulta y que muchas veces terminan incidiendo directamente en la salud de nuestros pacientes. Debemos considerar que, aun sin darnos cuenta, numerosas veces nosotros mismos nos convertimos en la receta que necesitan nuestros pacientes. El encuentro con muchos pacientes adquiere entonces, de por sí, características terapéuticas. Me pregunto entonces si para poder apreciar y luego satisfacer todas estas necesidades no será que, en lugar de preguntarnos cómo incluir la enseñanza de las ciencias sociales dentro del campo de la medicina, deberíamos empezar a plantearnos la inclusión de la medicina dentro de las ciencias sociales.

Bibliografía

1. Frenk J. La salud pública: campo del conocimiento y ámbito para la acción. Disponible en: <http://lectura.ilce.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/133.htm>
2. Menéndez E. El modelo médico hegemónico. Estructura, función y crisis. Morir de alcohol: saber y hegemonía médica. México, DF: Alianza; 1992. p. 83-118.
3. Henríquez OS. Las ciencias sociales y la salud. En: San Martín H, editor. Salud y enfermedad. 4.ª ed. México: La Prensa Médica Mexicana; 1984.

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼
Al carecer de un entrenamiento formal durante la educación de pregrado, la adquisición de este tipo de conocimientos se vuelve, en mi opinión, mucho más errática y demandante al requerir un esfuerzo autodidacta.

▼ Pero ¿qué necesitan nuestros pacientes?

En la agenda común del médico y del paciente debería estar la elección de los nombres de las dolencias sobre las cuales actuar, y mucho más importante aún, cómo actuar sobre ellas.

▼
El definitivo cambio hacia un paradigma biopsicosocial es un proceso de lento desarrollo, y su principal catalizador debería ser la enseñanza médica.

▼ Conclusión

Aun sin darnos cuenta, numerosas veces nosotros mismos nos convertimos en la receta que necesitan nuestros pacientes.