

La entrevista clínica con el paciente crónico: retos y soluciones más frecuentes

Francesc Borrell i Carrió

Coordinador del Grupo Comunicación y Salud.
Médico de Familia. Equipo de Atención Primaria La Gavarra. Cornellà de Llobregat. Barcelona.

En nuestras consultas de atención primaria atendemos a muchos pacientes con enfermedades crónicas. Estos pacientes presentan un conjunto de retos bastante homogéneos. En el presente artículo vamos a tratar de la manera más directa posible algunas técnicas –no por básicas menos importantes– para el abordaje de las diferentes etapas de la relación asistencial. Veremos los errores más frecuentes a evitar, normas básicas y ejemplo en el que aplicaremos dichas normas.

UNA NUEVA SITUACIÓN PARA EL PACIENTE

Un diagnóstico de enfermedad crónica suele cambiar la vida de nuestros pacientes. Resulta lógico que, en este momento tan importante, percibamos resistencias, bloqueos emocionales y otras reacciones adaptativas (o, para ser más precisos, desadaptativas). He aquí algunos errores comunes por parte del profesional que no tiene en cuenta estas reacciones.

Ejemplo. Errores a evitar al comunicar el diagnóstico de una enfermedad crónica

Dr.- Tiene usted diabetes, ya sabe, azúcar en la sangre.

P.- No me extraña. Estoy muy nervioso.

Dr.- No, eso no tiene nada que ver con los nervios. De momento vamos a ponerle a dieta y luego ya veremos.

P.- Yo no quiero insulina.

Dr.- No sé, ya veremos. No sé si será necesaria la insulina, pero si lo es, se la pondremos.

P.- Yo no me pondré insulina.

Dr.- ¿Y por qué no?

P.- Porque mi madre se volvió medio ciega por culpa de la insulina.

Dr.- Al contrario, la insulina evita complicaciones oculares.

P.- Yo sé lo que me digo y eso no lo quiero.

En esta entrevista el médico ha cometido los siguientes errores:

1. No ha sabido enfocar los contenidos de la entrevista. Ha dado por sentado que el paciente sabía lo que era la diabetes, y no ha sabido crear un espacio educativo.

2. Ha entrado a rebatir las opiniones del paciente relativas a la insulina cuando ni era el momento ni tampoco era necesario para los objetivos que debía proponerse en esta fase.

Algunas normas básicas cuando comunicamos diagnósticos de enfermedades crónicas

1. Antes de proporcionar información sobre la enfermedad, trate de averiguar qué sabe el paciente de ésta.

2. Denomine con claridad el tipo de enfermedad que tiene el paciente.

3. Muéstrase abierto a las resistencias que pueda mostrar el paciente. Si éste prefiere renombrar su enfermedad (por ejemplo, “no, diabetes no tengo; tengo un poco de azúcar, nada más”), respetaremos en esta fase inicial la resistencia, para abordarla en otra entrevista en que observemos al paciente más abierto.

4. Aborde tan sólo las creencias que interfieran con los objetivos terapéuticos que se haya marcado. No se sienta obligado a clarificar cada una de las opiniones erróneas del paciente.

5. Los pacientes saben mucho más que nosotros de su vida: esté atento a sus sugerencias, porque muchas veces podemos crear alianzas potentes aprovechando sus experiencias y opiniones.

Observe cómo se habría desarrollado la misma situación anterior siguiendo estas normas:

Ejemplo. Comunicando un diagnóstico de enfermedad crónica

Dr.- Los análisis indican que tiene usted azúcar en la sangre... ¿Sabe usted lo que es la diabetes?

P.- Mi madre tenía diabetes.

Dr.- En tal caso seguro que tiene usted una idea de en qué consiste la enfermedad... ¿Estoy en lo cierto?

P.- A mi madre le tuvieron que hacer láser en los ojos porque perdía vista y se murió de un infarto.

Dr.- Esas son complicaciones de la diabetes, en efecto. Si se controla bien el azúcar, estas complicaciones son más raras.

P.- Pero entonces, ¿tengo diabetes?

Dr.- Me temo que sí.

P.- Estoy muy nervioso, últimamente... ¿No pueden ser nervios?

Correspondencia: Dr. F. Borrell i Carrió.
CAP Cornellà. ABS Gavarra.
Bellaterra, 41. 08940 Cornellà. Barcelona.

Dr.- ¿En qué sentido piensa que los nervios influyen en su azúcar?

P.- Me da por comer. No paro de comer, y desde luego estoy engordando...

Dr.- En tal caso, creo que en efecto pueden influir. Será una cuestión que también deberemos tener en cuenta.

Comentario

El médico ha averiguando, en primer lugar, la información que el paciente tenía de la diabetes, y denomina con mucha claridad, aunque no de manera brusca, la enfermedad. Admite las resistencias del paciente e incluso utiliza esta resistencia para averiguar las opiniones del paciente. En esta posición, muchos médicos usan las creencias del paciente para rebatirlas: “esto que piensa usted no es del todo correcto”. Sin embargo, resulta mucho más útil: “puede que tenga algo de razón”...; “en efecto, eso que me dice usted también puede influir”...; etc., siempre en el bien entendido de que no vamos a falsificar su realidad, ni tampoco a practicar de manera sistemática la pretendida virtud de una mentira piadosa.

REACCIONES DE NEGACIÓN Y HUIDA

Solemos observarlas a través del cumplimiento, o para ser más exactos de la falta de cumplimiento o adhesión a las pautas terapéuticas. He aquí un diálogo típico, con algunos errores que nuevamente comentaremos:

Ejemplo. Errores a evitar en el abordaje de la negación y la huida

Dr.- Sra. Efigenia, observo que desde hace un par de meses no viene a buscar su insulina.

P.- No, porque me he encontrado bastante bien y algunas veces no me la he puesto.

Dr.- Sin embargo, este análisis nos sale mal. Así no vamos a ninguna parte. Tiene que mentalizarse que tiene usted una enfermedad crónica. Hasta que usted no asuma de verdad que es diabética, vamos a ir a trompicones.

P.- Yo me tomo todo lo que usted me dice, doctor, no se enfade conmigo.

Dr.- ¿Cómo no me voy a enfadar si se lo toma a la ligera?

En esta entrevista el médico ha cometido los siguientes errores:

1. Se ha fijado más en los aspectos negativos que en los positivos.
2. Riñe al paciente situándole en un modelo relacional paternalista.
3. Como consecuencia de lo anterior, infantiliza a la paciente y la sitúa a la defensiva.

Algunas normas básicas para abordar la falta de cumplimiento

1. No interprete la falta de cumplimiento como una falta de confianza hacia su valía profesional. Interprete en clave de pereza o falta de motivación del paciente.

2. Muéstrese empático con la falta de cumplimiento: “muchas veces resulta difícil tomarse tantas pastillas... ¿es

este su caso?”, y también, “entiendo sus dificultades, no es nada fácil acostumbrarse a tomar estas pastillas”.

3. Ponga de relieve la media botella llena en lugar de observar la media botella vacía. Por ejemplo, “me alegra que al menos haya tomado la mitad de las pastillas que le indiqué”.

4. Flexibilice los planes terapéuticos, adaptándolos a las condiciones objetivas de cada paciente. No dude en eliminar medicación que no sea imprescindible, si con ello optimiza objetivos esenciales.

5. Reencuadre las creencias del paciente: “usted cree que es un esclavo de estas pastillas, cuando en realidad es justamente lo contrario: si no fuera por las pastillas, usted sería un esclavo de su enfermedad”.

6. Trabaje en equipo. El profesional de enfermería está en una óptima disposición para complementar su esfuerzo con la educación sanitaria imprescindible.

7. Favorezca un seguimiento estrecho, incluso quincenal en una primera fase, hasta que el paciente se acostumbre a la pauta terapéutica. En ocasiones es más importante, práctico y eficaz favorecer que el paciente adquiera un hábito que no lograr que entienda los mecanismos fisiopatológicos de su enfermedad.

8. Trabaje en equipo con la oficina de farmacia del barrio o comunidad, con la tarjeta de medicación como un instrumento que debe clarificar cualquier duda, y con pautas compartidas por el conjunto del equipo de atención primaria. Haga los mínimos cambios posibles sobre la pauta a la que se haya acostumbrado el paciente.

Aplicaremos estas normas a la situación anterior.

Ejemplo. Abordando la falta de adhesión a tratamientos crónicos

Dr.- Sra. Efigenia, a veces a algunos paciente diabéticos les cuesta bastante tomar la medicación, ¿podría ser este su caso?

P.- ¿Por qué lo dice, doctor?

Dr.- Lo digo porque desde hace un par de meses no viene a buscar la insulina.

P.- Tenía varias cajas que me sobraban.

Dr.- Suele ocurrir que algunos pacientes se encuentran bien y se olvidan de pincharse todos los días, ¿le ha ocurrido eso alguna vez?

P.- Bueno, alguna vez sí que me ha ocurrido.

Dr.- De los 7 días de la semana, ¿cuántos más o menos se ha puesto usted la insulina?

P.- Los días que hago más ejercicio y quemo más azúcar no me pongo la insulina.

Dr.- ¿Y cuántos días pueden ser de los siete que tiene la semana?

P.- Más o menos la mitad.

Dr.- Entiendo... Bueno, al menos la felicito por los días que sí hace bien el tratamiento, pero estos análisis que le realicé me indican que no basta con el ejercicio para quemar todo el azúcar. Mire usted, esta hemoglobina glucosilada nos mide el azúcar de 3 meses hacia atrás, y está en “mal control”, ¿se da cuenta?

P.- O sea que me tengo que poner la insulina cada noche.

Dr.- Me temo que no hay otra solución.

P.- Voy a acabar siendo una esclava de la insulina.

Dr.- En realidad, hay que mirarlo al revés: va a acabar siendo una esclava de la diabetes si no se pone la insulina.

P.- Supongo que tiene razón, pero es una lata...

Dr.- Sí que lo es, pero tal vez podamos ayudarla. ¿Qué le parece si nos visita dentro de 15 días, y vemos los progresos que puedan haberse producido?

Comentario

En esta entrevista el médico ha superado un modelo relacional punitivo por otro cooperativo. Ello exige una profunda reflexión, porque estamos tan acostumbrados al primer modelo que fácilmente podemos deslizarnos hacia él. No puede negarse que algunas veces tendremos que realizar intervenciones de este tipo, y que estas intervenciones pueden tener efectos positivos en un determinado perfil de pacientes y para unas determinadas situaciones clínicas. Pero, en general, puede afirmarse que las normas que hemos señalado anteriormente son más seguras y tienen una tasa de éxito más elevadas, a la par que favorecen un modelo basado en la autonomía del paciente.

ABORDAJE DE LAS DISCREPANCIAS

A lo largo de los años una relación basada en la confianza puede irse al traste por una discrepancia de orden menor. No siempre hemos de imputar el fracaso de una relación al facultativo, porque los pacientes a veces promueven cambios de médico sencillamente guiados por un afán de buscar soluciones mágicas o probar otras estrategias. Los medios de comunicación o las opiniones de otros pacientes pueden estimular estas expectativas poco razonables, pero tan al uso de un consumismo generalizado. De todas maneras, el abordaje diligente de las discrepancias afianza la relación terapéutica.

Ejemplo. Errores a evitar en el abordaje de las discrepancias

P.- Doctor, yo no sé si hago bien en explicárselo, pero al final estas pastillas que usted me dio no me las he tomado...

Dr.- ¿Y eso?

P.- Estoy siguiendo un tratamiento de medicina tradicional china, y el médico chino me dijo que estas pastillas era mejor que las dejara mientras estuviera haciendo su tratamiento.

Dr.- ¿La está llevando un médico chino?

P.- Sí, doctor.

Dr.- (En tono de burla) ¿Y sabe castellano?

P.- Tiene una enfermera que traduce lo que dice.

Dr.- ¿Y qué le hace este médico?

P.- Me ha puesto un régimen especial para la diabetes y me hace acupuntura. Me encuentro bastante mejor.

Dr.- Mire usted, la acupuntura funciona un poco para temas de dolor, pero para la diabetes es una pérdida de tiempo total y absoluta. Además usted tiene una diabetes que nos ha costado mucho de estabilizar, y se arriesga tonantemente a tener que ir a urgencias.

P.- Conozco algunos casos de personas que han podido dejar completamente la insulina, y eso que tenían mucha.

Dr.-. Por este camino no nos espera nada bueno. Mire usted, eso de dejar la insulina es imposible, y si fuera verdad darían el Premio Nobel a este médico chino.

P.- Puede que se lo merezca, ¿no? Tenemos mucho que aprender de la medicina china. Es una lástima que los médicos de aquí sean tan orgullosos.

En esta entrevista el médico ha cometido los siguientes errores:

1. Menosprecia la opción del paciente burlándose de la medicina tradicional china y de un médico que no sabe castellano.

2. Crea un clima de enfrentamiento en el que forzosamente una de las dos partes tiene que alzarse con "la verdad".

3. Hace una "toma" innecesaria de riesgos al afirmar taxativamente que el paciente acabará en urgencias del hospital, y que en ningún caso es posible que un paciente deje de necesitar insulina.

4. A nivel formal se expresa con contundencia, lo que le confiere una imagen petulante.

Algunas normas básicas para abordar las discrepancias

1. La responsabilidad última de la conducta del paciente es el propio paciente. Siempre tiene que quedar clara esta responsabilidad y el principio de autonomía.

2. Muéstrase flexible. Es mejor conseguir que el paciente complemente la medicina alopática con otras medicinas alternativas (o complementarias) a que sencillamente abandone la medicina alopática a favor de estas otras prácticas.

3. Cuando el paciente desea otra opinión, muéstrase favorable e incluso proponga otros profesionales de su confianza para que el paciente efectúe esta segunda opinión con todas las garantías de calidad.

4. No muestre enfado cuando un paciente no ha seguido sus instrucciones movido por segundas opiniones. De todas maneras, usted está en su derecho de hacer o no hacer determinadas recetas que considere que están o no están justificadas.

5. Ante peticiones de exploraciones complementarias que no están justificadas, ponga en el otro plato de la balanza el precio que pueda tener perder la confianza del paciente, y que éste inicie un rosario de consultas a otros especialistas. Decida si cede o no cede a las peticiones de sus pacientes movido por este juicio, más que por la reacción negativa que solemos experimentar cuando un paciente realiza este tipo de peticiones.

Veamos qué hubiera ocurrido en la situación que estudiábamos antes si hubiéramos aplicado las normas anteriores.

Ejemplo. Abordando las discrepancias desde una actitud negociadora

P.- Doctor, no sé lo que va a pensar de mí, pero no me he tomado el tratamiento para la diabetes que usted me recomendó.

Dr.- Ah, ¿no?

P.- Pues no, doctor. Resulta que fui a un médico chino que viene una vez al año, expresamente de la China, y me ha dicho que mi diabetes él la cura, pero que lo primero que tengo que hacer es dejar completamente estas pastillas.

Dr.- Debe darle mucha confianza a usted para dejar el tratamiento...

P.- La verdad es que sí, doctor, porque me han dicho de varios casos en los que ha curado completamente la diabetes, y ya me dirá si no vale la pena al menos probarlo...

Dr.- Visto desde su punto de vista, lo entiendo. Me gustaría ahora que lo contemplara desde el mío. Desde mi punto de vista, por desgracia, la diabetes del tipo que tiene usted hoy por hoy no se cura.

P.- (Interrumpiendo) Doctor, yo conozco un par de paisanos míos que se han curado completamente...

Dr.- Habría que ver cada caso uno por uno, pero a mí me interesa usted, y me da miedo que si este médico se equivoca, ¡y todos nos podemos equivocar, incluso los médicos chinos pueden equivocarse!, usted salga perjudicado. Este es mi temor, y no otro.

P.- Ya, pero este médico me ha dicho que si me quiero curar tengo que dejar completamente las medicinas.

Dr.- Desde mi punto de vista, y lamento mucho ser tan claro, eso es una barbaridad.

P.- De momento, doctor, voy a probarlo, pero no quisiera que se lo tomara usted a mal...

Dr.- No, no, es usted libre de hacerlo, a fin de cuentas es su salud. Pero, si le parece, podemos hacer una cosa para salvarnos del estropicio... ¿qué le parece si viene a un control semanal, y si vemos que está usted en franco peligro reinstauramos el tratamiento?

P.- Sí, de acuerdo.

Comentarios

El médico es muy claro en su opinión, pero a la vez complementa esta claridad con un respeto total a las elecciones del paciente. Por desgracia, hay quien confunde respetar las opciones del paciente con dejar de influir en dichas decisiones. Este es un grave error técnico y ético. Nosotros somos un elemento más en el proceso de decisión del paciente. Nuestra opinión no va a ser decisiva, ni cercena para nada la libertad esencial de una persona adulta. Si el paciente acude a nuestra consulta es para obtener nuestro punto de vista. Estamos legitimados, es más, estamos éticamente obligados a procurar el máximo beneficio para nuestros pacientes.

Ante una toma de partido tan radical como la que efectúa el paciente (y debemos asumir que el paciente tiene una información y educación sanitaria previa suficiente), sólo nos quedan dos alternativas: *a)* renunciar al seguimiento del paciente, alegando cláusula de conciencia: “yo no puedo ser testigo de una terapia que va a causarle un daño irreparable”, o *b)* tratar de recomponer el contrato terapéutico fijando nuevos objetivos, por modestos que éstos sean.

El que optemos por “a” o por “b” va a depender básicamente de la situación concreta del paciente y el posible daño que intuimos. La opción “a”, en el fondo, es más cómoda para el médico, pero no tan clara éticamente como la “b”, ya que en ésta se mantiene el compromiso de ayuda y la relación terapéutica, aunque en su grado mínimo.

PETICIONES DE INVALIDEZ

Las enfermedades crónicas causan una distorsión de la autoimagen que, junto a un sistema sanitario que estimula la consecución de beneficios secundarios, llevan a muchos pacientes a solicitar del médico que colabore en un proceso poco razonable de declaración de invalidez. En algunas ocasiones el médico tiene dudas sobre si la persona en cuestión es o no es inválida. En otros casos cede a las presiones, (evitándose problemas y justificando su conducta en el poco interés que tiene la Administración por ordenar este tipo de demandas). La mayoría de las veces asume con la máxima dignidad posible sus responsabilidades. He aquí un diálogo representativo:

Ejemplo. Errores en la manera de abordar una petición de invalidez

P.- Doctor, quisiera pedirle un favor. Usted sabe que tengo artrosis de cervicales y el abogado me ha dicho que, si me daba usted la baja, lo más probable es que me concedieran una invalidez. Ya sabe usted que tengo que cuidar a mi madre, y con esta artrosis ya me dirá usted...

Dr.- Bueno, voy a darle la baja, pero sólo por un par de meses, ¿estamos de acuerdo?

P.- Yo creo que en este tiempo el abogado ya me habrá arreglado los papeles.

Admitiendo que este paciente tuviera una cervicoartrosis “normal para la edad”, en este diálogo el médico ha incurrido en los siguientes errores:

1. No ha estudiado con una mínima profundidad las expectativas del paciente, ni le ha advertido de que posiblemente su proceso acabaría siendo rechazado por la unidad de valoración correspondiente.

2. Ha cedido con tanta prontitud que va a estimular que otros pacientes con parecidas expectativas se cambien a su cupo y le hagan peticiones similares, con lo cual, en lugar de aligerarse de trabajo, se lo ha complicado extraordinariamente.

3. Cree estar pactando un plazo “razonable” de tiempo, cuando en realidad lo que ha hecho es hipotecar una baja que durará tanto tiempo como vaya a tardar la unidad de valoración en llamar a la paciente, eso es, un año o año y medio como media.

Algunas normas para abordar peticiones no razonables de invalidez

1. No dé usted una baja que no vea clara. Ya sabemos que hay una enorme dejación de responsabilidades en el ámbito de la Administración, pero incluso desde una pers-

pectiva egoísta a usted le interesa: *a)* sentirse bien consigo mismo, haciendo lo que usted cree que es de justicia, y *b)* no desmarcarse del resto de compañeros, pues va a favorecer que acuda a usted la población con expectativas de beneficios secundarios, y va a incrementar su carga de trabajo en relación al resto de compañeros. En este tema como en pocos, hay que llegar a pautas de consenso dentro del equipo, y *todo* el equipo médico debe esforzarse en aplicar las mismas normas.

2. Cuando no le resulte posible dar un alta, vaya recordando: “¿se encuentra con ánimos de trabajar?” Esta pregunta deja clara su intención de dar el alta, y poco a poco va mentalizando al paciente de que tarde o temprano la tendrá que coger. Si ve que de todas maneras se llegará al plazo máximo, comparta la situación con los especialistas correspondientes. Llegado el momento idóneo, fuerce el alta: “trabajar le hará bien, porque ahora mismo a usted le interesa ocupar su tiempo con un trabajo como el que tiene”.

Ejemplo. Abordando una petición no justificada de invalidez

P.- Doctor, quisiera pedirle un favor. Usted sabe que tengo artrosis de cervicales, y el abogado me ha dicho que si me daba usted la baja lo más probable es que me concedieran una invalidez. Ya sabe usted que tengo que cuidar a mi madre, y con esta artrosis ya me dirá usted...

Dr.- Déjeme que consulte su historial y permítame que la explore. (Tras realizar una exploración física y visualizar las radiografías cervicales.) Vamos a ver, en principio no la veo para invalidez.

P.- El abogado me ha dicho que le lleve un informe y la baja, que con eso ya tiene bastante para poner en marcha los papeles. Me iría muy bien cobrar la invalidez. Otras personas, con menos, la cobran.

Dr.- No tengo problema alguno en hacerle el informe y dejarle las radiografías, pero la baja no se la puedo hacer porque si se la realizara tendría que hacérsela a casi todas las personas de su edad.

P.- Hágamela aunque sea unas semanas, para que podamos enviar los papeles.

Dr.- Me temo que eso no funciona así. Si le hago una baja para invalidez tiene que ser una baja al menos de un año, y al final no se la darán porque no tiene motivo para ello.

P.- Pues tendré que cambiarme de médico.

Dr.- Resulta siempre lamentable, pero está usted en su derecho.

Comentarios

Obsérvese que, antes de posicionarse, el médico examina *de novo* toda la situación clínica. Desde este repaso, está cargado de razón para aprobar o negar con fundamento de causa. En segundo lugar, pone el listón de la negociación muy alto: “no tengo ningún problema en hacerle el informe, pero la baja no se la puedo hacer”... No olvidemos que la imposición es una forma de negociación que a veces puede ser adecuada, sobre todo cuando percibimos cierta intencionalidad de abuso.

FORTALECIENDO UNA RELACIÓN DE CONFIANZA

La clave de una relación duradera es que se asiente sobre la confianza del paciente y unas expectativas realistas del mismo. Mal vamos cuando un paciente, o su familia, nos consulta como salvadores omnipotentes. Tampoco vamos bien cuando el paciente, reiteradamente, nos solicita ser derivado a los especialistas por cuestiones que podemos solventar razonablemente.

Estos fenómenos de desconfianza o fascinación son en realidad síntomas de otro proceso más profundo: la incapacidad de crear amistad médica. Profundicemos algo más en este concepto, acuñado por Laín Entralgo.

¿Qué genera amistad médica? Hay un nivel emocional mínimo, en toda relación médico-paciente, que debe incorporar el respeto. Un poco antes nos encontramos la empatía: el médico proporciona sentimientos positivos, sentimientos de solidaridad y comprensión. En la amistad médica se comparte algo más que sentimientos: se comparte una posición vital con el paciente. Amistad médica consiste en saber del paciente (por ejemplo, su trabajo, aficiones, preocupaciones), pero también y básicamente interaccionar con sus sentimientos, construyendo diálogos que tienen por finalidad redefinir su actitud frente a la salud o la enfermedad. Diálogos en los que sin perder la distancia terapéutica, ni nuestro rol social de profesionales de la salud, interpretamos y transformamos la realidad de nuestros consultantes. Diálogos, en suma, equidistantes por igual de la desconfianza y de la omnipotencia. He aquí un ejemplo:

Ejemplo. Entretejiendo diálogos desde la amistad médica

P.- No hay manera de bajar el azúcar...

Dr.- De todas maneras no me parece que sea ésta su principal preocupación.

P.- La verdad es que no... ¿cómo lo sabe?

Dr.- Le veo diferente y me he dicho, “algo le pasa”.

P.- Es verdad. Después de 20 años de estar en la empresa de encargado de almacén, ahora resulta que me quieren echar.

Dr.- ¿Se lo han dicho?

P.- No pero conozco al propietario. En realidad, ha habido comentarios...

Dr.- Y en el peor de los casos... ¿se quedaría con los brazos cruzados?

P.- No sé lo que haría.

Dr.- Yo no le veo precisamente como una persona que se quede con los brazos cruzados.

P.- Eso es verdad.

Dr.- No quiero sacarle hierro a la situación, y comprendo que le preocupe, pero tal vez minusvalora sus recursos para afrontar esta situación.

P.- No sé si es del todo verdad, pero al menos el que alguien me lo diga me da confianza.

En el polo opuesto nos podemos encontrar participando de fantasías poco realistas que el paciente nos proyecta.

Ejemplo. Asentando sobre una base inestable una relación terapéutica que deberá durar mucho tiempo

P.- Estas pastillas que me ha dado usted han funcionado de maravilla. Le he recomendado a mis amigas, porque usted es el mejor médico que nunca he tenido.

Dr.- Gracias, pero...

P.- Lo que tengo es un problema, doctor, que aún nadie ha dado con la manera de aliviarme. Me refiero a este dolor de espalda que me viene a temporadas.

Dr.- Vamos a examinarlo...

(Tras una anamnesis y exploración física)

Dr.- Es un dolor que parece muscular. Le voy a dar estas pastillas que son relajantes musculares y que van de maravilla. En un par de semanas se encontrará como nueva.

P.- Es usted un encanto, doctor.

La evolución típica de este caso es la siguiente: poco a poco los tratamientos que “tan bien me iban” van perdiendo eficacia, hasta el punto de que “no me hacen nada” y cada vez el médico tiene que extremar sus recursos, hasta caer en lo que de manera bien clara definió Balint: el furor terapéutico, o en términos actuales, el encarnizamiento terapéutico, por cierto hartado e ineficaz. El paciente ha entrado en una espiral de reclamar-frustrar los esfuerzos del facultativo, porque sus expectativas eran bien distintas: aliviar de manera poco realista su sufrimiento.

He aquí algunas recomendaciones finales para afianzar una relación de confianza basada en la amistad médica:

1. Procure conocer a sus enfermos más allá de su rol de pacientes. Véalos como seres humanos, como ciudadanos que merecen su interés, dotados de aficiones, preocupaciones e ilusiones que les hacen seres únicos.

2. Comunicar es compartir y también arriesgar. Entretejer diálogos que nos transformen exige un conocimiento dilatado en el tiempo del consultante y su familia, y detectar aquellas situaciones de crisis vital, o de ciclo familiar, en los que un consejo efectuado desde la proximidad emocional es capaz de cambiar el rumbo de los acontecimientos.

3. La amistad médica es una relación no exenta de complejidad técnica. Fenómenos de triangulación, seducción o desresponsabilización, por sólo citar los tres más importantes, deben ser conocidos ampliamente por el profesional.

Invitamos al lector a profundizar en estos conceptos no en el plano teórico, sino desde su práctica clínica. Para mejorar como profesionales, no basta actuar como somos, sino como quisiéramos ser, porque en esta tensión ética nos hacemos mejores.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Borrell F. Manual de entrevista clínica. Madrid: Harcourt-Brace, 1997.
Myerscough P. Talking with patients. Oxford: Oxford Medical Pub., 1999.
Silverman J. Skills for communicating with patients. Oxon: Radcliffe Medical Press, 1998.