

## MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

# El paciente crónico, un desafío diario (2º parte)

En el último número del 2002 analizamos la representación social de la enfermedad, el modelo institucional y el modelo médico hegemónico, como posibles factores coadyuvantes para el fracaso en un adecuado control de los pacientes crónicos. Hoy intentaremos abordar el tema desde la perspectiva del propio paciente y de su familia.



ESCRIBE: PROF. DRA. GRACIELA SAN MARTÍN  
MÉDICA DE FAMILIA.

## CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PACIENTE CRÓNICO (O CÓMO SE VIVE LA ENFERMEDAD)

Todo diagnóstico de una enfermedad crónica implica una pérdida. A partir del diagnóstico la vida es otra. La pérdida de su "salud" anterior

implica un proceso de adaptación similar al duelo, que normalmente se extiende por tres meses, presentando tres fases o etapas.

La fase inicial es de shock o negación, y rabia posterior; la activación de estos mecanismos de defensa es esperable y saludable, siempre y cuando no se extienda esta fase muy comúnmente, en el momento del diagnóstico, cometemos el error de saturar al paciente con información, intentando educarlo para su vida futura, olvidando que él (shockeado y negando) no está en condiciones aún de procesar ninguna información, como tampoco de planificar una nueva vida.

## RELACION MÉDICO-PACIENTE LUEGO DEL SHOCK

Debemos en cambio, aprovechar

esta etapa para establecer una buena relación de acompañamiento y confianza entre médico y paciente, que luego será fundamental en el tratamiento, una vez superado el duelo. Para esto último debemos también tener en cuenta el sentimiento de rabia que surge luego del shock, durante un período muy corto antes de pasar a la segunda fase. Esta emoción puede dirigirse tanto a sí mismo, como a su familia, o incluso al médico, culpándolo por ejemplo de no haber realizado antes el diagnóstico. El paciente puede comportarse en la consulta de forma agresiva; ser concientes de esto nos permite manejar esta situación adecuadamente, sin devolver la agresión, lo que alejaría al paciente de la consulta. Recordemos que la relación médico-paciente es uno de los pilares fundamentales para la terapéutica de las enfermedades crónicas.

## LA RELACIÓN EN LA SEGUNDA FASE

La segunda fase tiene como característica la existencia de un importante sufrimiento psíquico en el paciente, pudiendo presentar episodios de ansiedad o depresión, insomnio, anorexia, etc. Es importante recordar que en esta etapa nuestro deber es acompañarlo, explicándole que dichos sentimientos son esperables (siempre y cuando la fase no dure más de uno o dos meses); y no medicar estos síntomas de sufrimiento psíquico, ya que esto último acarrearía más complicaciones.

## LA TERCERA FASE: ACEPTACIÓN Y NUEVOS PLANES

Por último, la tercera fase, de aceptación, donde el paciente puede establecer nuevos planes y organizar su vida futura incluyendo la enfermedad como parte de ella. Éste es el momento ideal para realizar las tareas de educación e informar al paciente, ya que por su condición psíquica él puede asimilar esta información.

Conocer estas tres etapas nos permite además, estar alertas para detectar alteraciones en el desarrollo de las mismas, siendo la más común un estancamiento en la etapa de ne-

gación, lo que impide al paciente la planificación y cumplimiento adecuados de su tratamiento. Por otra parte, el "paciente modelo" que desde el primer momento acepta todo, y que por lo tanto no está cumpliendo las fases normales de su adaptación, alimentará nuestro narcisismo como "buenos médicos", pero implica un "quemado" de etapas que deben cumplirse. De este modo, ante una frustración o situación estresante, el paciente tiene mayor riesgo de instalarse de manera más intensa y duradera en alguna de las fases, que no fueron adecuadamente elaboradas.

## CONTEXTO INTERPERSONAL DEL PACIENTE CRÓNICO

Asumir la enfermedad frente a los otros, es asumir una diferencia; un "yo no puedo", un "yo no debo", un "yo peligro".

Con "los otros" se pueden establecer distintos vínculos a partir del diagnóstico. Por ejemplo, la cristalización de un vínculo negador en ambos polos de la relación, especialmente allí donde la diferencia se manifiesta (cumplimiento de la dieta, que en muchas de las enfermedades crónicas es un factor decisivo en el tratamiento). Cuántas veces hemos escuchado "Una vez no te va a hacer nada, no seas tan estricto", "Después tomás más medicación", "La vida es una sola, disfrutá de la comida".

Otras veces, en cambio, podemos encontrar un vínculo que llamaríamos "sobreprotector", que tiende incluso a traspasar con sus prohibiciones los impedimentos reales que la enfermedad provoca, configurando una relación de control sobre la persona. Esta modalidad puede entrelazarse con aspectos regresivos del enfermo, quien termina utilizando la enfermedad para lograr "beneficios secundarios". Aclaremos que la regresión forma parte de la aceptación de la enfermedad, y permite ponerse "en manos de" los otros y admitir que lo traten, pero todo extremo implica situaciones patológicas que complicarán el control adecuado del paciente.

## EN EL AMBIENTE FAMILIAR

Específicamente en el ambiente

familiar, estas modalidades vinculadas pueden generar alianzas a través del manejo del síntoma, tendientes a evitar conflictos, rigidizando las relaciones ("No discutas con mamá porque le sube la presión", "No me voy a vivir solo porque papá se pone mal"). El médico debe investigar y conocer a fondo estas modalidades vinculadas que van a estar influyendo seguramente en el cumplimiento del tratamiento. A su vez, el conocimiento de las interrelaciones enfermedad-paciente-familia, permitirá establecer estrategias de abordaje individuales, familiares o mixtas, que apunten al desarrollo de más y mejores herramientas para evitar el fracaso del tratamiento.

## EN SÍNTESIS

El diagnóstico situacional al que intentaremos arribar frente a un paciente crónico, debe contemplar los siguientes ejes:

a) Eje biomédico: etapa de la enfermedad, factores de riesgo de complicaciones, etc.

b) Eje psicológico: adaptación a la situación de enfermedad, síntomas depresivos, impulsos suicidas, déficits intelectuales, trastornos psiquiátricos previos, uso o abuso de tóxicos

c) Eje sociofamiliar: sucesos vitales estresantes, vínculos, soporte social, carencias de apoyo

d) Eje asistencial: accesibilidad, adecuación de la información, dificultades de la relación médico-paciente, sobrecarga emocional del paciente o del equipo de salud.

El tratamiento de un paciente crónico tiene como meta fundamental lograr una sobrevida (ya que es imposible la cura) con bienestar. Los pilares de este tratamiento, en su orden de importancia, son:

- 1) relación médico paciente,
- 2) información y educación,
- 3) apoyos tanto de otros médicos y profesionales de la salud, como de grupos de autoayuda,
- 4) fármacos.

En el próximo número, nos dedicaremos a los grupos de autoayuda y a la relación médico-paciente, que resaltamos nuevamente, forma parte del tratamiento adecuado del paciente crónico.

# DESTACADOS de EL DIARIO MEDICO

1. EL PACIENTE CRÓNICO: UN DESAFÍO DIARIO (2ª PARTE)

2. QUIMIOATRACCIÓN DE LOS ESPERMATOZOIDES

3. INGLÉS PARA MÉDICOS

4. DR. CARLOS ROMERO CHIAZZARO

5. DR. JULIO SERRÓN

6. CARLOS CAPOTE BUENO

7. LUIS CAUSA

**Dr. Carlos Romero Chiazzaro**  
ABOGADO

- \* Derecho Penal
- \* Derecho Laboral
- \* Derecho Civil

Ciudadela 1426 - Apto. 401  
Telefax (02) 903 11 01  
902 42 10

**INGLÉS PARA MÉDICOS**  
Cursos grupales o individuales

Profesora egresada del IPA  
Vasta experiencia profesional

Horarios a convenir

Teléfono: (02) 711 9013  
e-mail: [garevima@adinet.com.uy](mailto:garevima@adinet.com.uy)

**Dr. Julio Serrón**  
ABOGADO

- \* Derecho Civil
- \* Derecho Administrativo
- \* Derecho Comercial
- \* Derecho Laboral

Trámites Grales.

W. Beltrán 642 - Minas  
Telf.: (0442) 4636  
Ance: 099 69 57 35

**Carlos Capote Bueno**  
Arquitecto

Luis Causa 1947  
Ap. 804  
Tel.: 508 75 94  
Ance: 099 689 734

# Quimioatracción de los espermatozoides

El espermatozoide humano tiene una respuesta quimiosensorial en su camino hacia el óvulo. Las investigaciones se han realizado estudiando la quimioatracción de los espermatozoides hacia ciertos compuestos químicos, tanto positiva como negativa

Un mejor entendimiento de las desconocidas capacidades "olfativas" del espermatozoide humano, puede derivar en una serie de avances en la contracepción y en los tratamientos de la fertilidad. Un estudio, desarrollado por investigadores de la Universidad de Bochum (Alemania) identifica un nuevo receptor odorante del espermatozoide humano y muestra cómo al activar este receptor el espermatozoide encuentra su camino hacia su objetivo o diana.

En el trabajo, publicado en la última edición de *Science*, los investigadores informan que la unión de ciertos compuestos al nuevo recep-

tor odorante (hOR17-4), encontrado en la superficie de las células del espermatozoide, activa una serie de fenómenos fisiológicos que pueden resultar en el movimiento dirigido del espermatozoide humano. En esta respuesta quimiosensorial, las células del espermatozoide viajan hacia elevadas concentraciones de una sustancia que atrae al espermatozoide y que se llama "bourgeonal".

Los investigadores indican que, en un principio, no esperaban descubrir un receptor de quimioatracción, pero ahora se ven impulsados a investigar el equivalente femenino del bourgeonal. Aún se desco-

noce, sin embargo, si el propio óvulo produce algún compuesto atrayente del espermatozoide, parecido al bourgeonal, o si alguna parte del tracto reproductivo produce los compuestos químicos que podrían unirse al nuevo receptor.

En el presente estudio también se ha identificado un compuesto antagonista, "undecanal", que parece bloquear el efecto de bourgeonal e inhibir la reacción quimiosensorial de las células del espermatozoide. Los investigadores señalan que uno de los mayores problemas de la anticoncepción en la actualidad es el uso de hormonas. Si undecanal puede inhibir la comunicación entre el óvulo y el espermatozoide, este compuesto se podría emplear, después de haber sido testado e investigado, para prevenir embarazos indeseados.

FUENTE: *Science*, 2003.