

LA ADHERENCIA DEL MEDICO AL TRATAMIENTO DEL PACIENTE



Mirada social.

Es más común escuchar y hablar de la adherencia del paciente, pero en este acto no solo participa el paciente, sino también el médico, y veremos qué importante es su participación, y como repercute en el médico este vínculo y como el entorno de ambos juega un rol activo e importante.

¿Por qué hablar del médico cuando hablamos de adherencia?

Porque la adherencia es la resultante de múltiples factores que deben ser mantenidos en el tiempo. La relación médico-paciente es condición muy importante para construir la adherencia y en esa relación el rol del médico es un eje fundamental. La calidad de la relación médico-paciente puede afectar no solo las respuestas emocionales del paciente sino también la conducta y evolución médica, como la adherencia al tratamiento y la recuperación. Es común que se le adjudique al médico un lugar de saber, con capacidad de afrontar con objetividad y desapego emocional la

enfermedad del ser humano al que atiende.

Esta actitud es consecuente con la necesidad de defenderse de "algo", si permitiesen que las emociones, ansiedades los invadiera no podrían ejercer como médicos repercutiendo en su trabajo.

El "distanciamiento" es sin duda un mecanismo de defensa que puede ser considerado adaptativo.

Pero esto no quiere decir que el impacto que ha de producir el sufrimiento del otro no le afecte y pueda repercutir en su salud y su trabajo. Teniendo en cuenta también que el contexto en el que trabaja el médico puede influir o no en una buena o mala atención.

¿Qué le sucede a los profesionales cuando los pacientes... hablan, se quejan, sufren, se deterioran, se mueren.... ¿Qué les pasa con ese cuerpo que piensa y siente? -¿Qué hacen con estas palabras...Donde las ubican?¿Que hacen con ese cuerpo que no puede ser curado y que lo desprende de su rol de sanar?

La presencia del sufrimiento humano, de la enfermedad, genera en el médico una inevitable ansiedad. Esta ansiedad puede ser tan insoportable que llega a provocar reacciones que buscan más la protección de sus propios sentimientos que la comprensión del paciente.

Desde los años 70 se han realizado numerosos trabajos de investigación con los médicos y se ha demostrado que la tarea clínica afecta la salud física y mental de estos profesionales. Hoy día la mayoría de las enfermedades tienen una evolución crónica, lo que obliga a una relación entre médico y paciente de mayor contacto y duración en el tiempo. Conocer estas dinámicas es importante por las repercusiones en el profesional, en la relación y, por lo tanto, en la enfermedad del paciente.

¿Los médicos, también se enferman?

-Se ha comprobado que los profesionales de la salud son especialmente susceptibles a desarrollar trastornos asociados a estrés ocupacional crónico:

- Absentismo laboral (no van a trabajar)
- depresión, suicidio, abuso de alcohol y drogas
- enfermedades cardiovasculares, cirrosis hepática y accidentes.
- sintomatología depresiva, ansiosa derivada de su trabajo clínico
- mayor consumo de ansiolíticos y analgésicos
- también de omnipotencia, clarividencia y otras yerbas.

- Veamos la mirada clínica científica de los médicos sobre la no adherencia al tratamiento.

- Desesperanza
- Mecanismo de negación de la enfermedad
- Deficiente auto cuidado
- Ausencia de un sentido de la vida.
- Tiene pensamientos y conductas autodestructivas
- Manejo deficiente de información,
- Presencia de mitos, estigmas y estereotipos en cuanto a la enfermedad y al tratamiento antiviral.
- Usualmente cuando presenta un estado de salud deteriorado está asociado a interrupción del tratamiento médico o social o negativa a recibir el mismo.
- Hay presencia de enfermedades oportunistas, un desgaste generalizado, asociado a una posible postergación de asumir su realidad como persona VIH/sida
- Precario estado de salud puede relacionarse con la práctica de estilos de vida no saludables
- Están presentes problemas de: auto imagen, sentimientos de culpa, fuerte tendencia al auto castigo.
- Presenta antecedentes de incumplimiento de citas médicas o con otros profesionales de salud.
- Es proclive al abandono parcial o total de tratamiento médico o social. Presenta dificultad para finalizar un tratamiento prescrito en cuanto siente mejoría.
- Puede existir problemas de drogadicción o alcoholismo, relacionado con renuencia a recibir tratamiento para dichos problemas, o bien antecedentes de abandono de tratamiento de rehabilitación.
- Falta de claridad en la definición de prioridades en su vida, que por lo general se traduce en la ausencia de un proyecto de vida que motive a la persona a tomar en forma constante los medicamentos.
- Poca disposición para efectuar cambios en la vida.
- Persona por lo general poco constante en sus propósitos, manipuladora, con escasa tolerancia a la frustración.
- Con dificultad para seguir y respetar límites
- Posibles conductas antisociales
- Puede presentar síndrome demencial asociado al VIH que implique deficiencias en la esfera cognitiva y/o motora.
- Puede presentarse limitaciones socioeconómicas.
- Puede haber dificultad para la asimilación de las indicaciones que coadyuve una ingesta apropiada de los medicamentos
- La deficiente adherencia al tratamiento puede adoptar diversas formas: dificultad para iniciarlo, suspensión prematura o abandono, cumplimiento incompleto o insuficiente de las indicaciones, el que puede manifestarse como errores de omisión,

de dosis, de tiempo, de propósito (equivocación en el uso de uno u otro medicamento), la inasistencia a consultas e interconsultas, la ausencia de modificación de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad.

- Molestias por la vía de administración, sabor desagradable o efectos adversos digestivos
- Poca tolerancia
- Depresión
- No se visualiza motivación e interés real para iniciar y asumir el tratamiento.
- Prevalce desconfianza y temor con respecto a los medicamentos
- Puede presentarse problemas de comunicación con el personal de salud.
- El abandono del tratamiento puede representar un acto revelador de aspectos depresivos y ocasionalmente suicidas.

Ahora veremos algunas de las actitudes de la no adherencia del médico al tratamiento del paciente:

- no ser claros con la información
- no informar,
- no escuchar
- no tener en cuenta los conocimientos, lo que piensa y lo que siente el paciente
- no revisarlo-tocarlo
- no derivarlo a otras especialidades si las necesita
- atender al paciente basándose en su estado de ánimo
- No mirar a los ojos
- hablar por teléfono cuando está atendiendo.
- invitar a otros médicos sin permiso del paciente.
- retar
- no respetar la decisión del paciente
- llegar tarde al consultorio
- dejar esperando a los pacientes
- ocultar, negar o distorsionar la informaciones.
- falta de consenso sobre cómo tratar a pacientes crónicos y terminales
- falta de formación para tratar pacientes crónicos y terminales.

Se evidencia el vacío de recursos materiales e institucionales con el que deben sobrellevar su trabajo.

Esta ausencia tiende a llenar ese vacío con intervenciones subjetivas, intuitivas, es decir, con los aspectos de su personalidad que exceden a lo profesional, y pertenecen al orden de las "buenas voluntades individuales". Estas actitudes deberían estar contempladas desde lo institucional y lo académico.

Es necesario que los profesionales de la salud tengan un espacio donde volcar dudas, dificultades, miedos, poder capacitarse. Esto ayudaría a detectar y prevenir los obstáculos del ejercicio de su profesión.

Ejemplo: se evidencia en Congresos y Simposios la poca participación de los profesionales de la salud en mesas sociales, que mejor espacio para aprender. Aquí se evidencia una contradicción.

Voy a dar un Ejemplo de una conversación cotidiana y naturalizada:

El Médico: (le dice al paciente) tome estas pastillas, primero tiene que comer algo y después las toma

El Paciente: voy a pasar por la farmacia del hospital a ver si tienen esta medicación. En el caso que no la tenga, ¿regreso?

El Médico: en el caso que no tenga este remedio, dígame al de farmacia que le diga que es lo que tiene y venga de nuevo.

El Paciente: bueno

(20 minutos después)

El Paciente: Doctor, no tienen este remedio, ni otro, iqué hago? No tengo plata para comprarlo,

El Médico: no se vaya a Caritas, Y si no fíjese si en Desarrollo se lo dan. Discúlpeme pero tengo otros pacientes que atender. El que sigue...

La adherencia a tratamientos largos y la falta de trabajo

Yo me pregunto: -¿debemos esperar a que los enfermos con escasos recursos se hagan ricos para pensar en mantenerlos con vida?

- ¿Se evaluaron los problemas económicos para solventar múltiples medicamentos, múltiples visitas medicas y múltiples controles que atentan contra la capacidad económica y su adherencia? -

-¿Se han preguntado el impacto psicológico y físico, que representa saberse sin medicación?

Los responsables de la salud, ¿se han preguntado lo que genera en la psiquis de una persona que durante horas, días, meses, años le repiten una y otra vez que no debe interrumpir el tratamiento por las consecuencias que estas le provocarían como enfermar y morir?

El adherir al tratamiento no es fácil, no es de un día para el otro, es todos los días. Los médicos evalúan el abandono del tratamiento por parte del paciente como un acto revelador de aspectos depresivos y ocasionalmente suicidas.

¿Y el suspenderle la medicación al paciente por desorganización, burocracia, por falta de políticas públicas, no es un acto suicida

inducido o aun peor un genocidio?

-La institución influye y le otorga características particulares a la relación paciente-equipo de salud

-La estructura es verticalista. (La mirada hegemónica)

La relación es verticalista- paternalista

Es común que el equipo de salud se ubique en un lugar de poder y saber. Colocando al paciente en una situación de sumisión, dependencia, con poco lugar para preguntas, quejas, cuestionamientos, quedando relegada la opinión del paciente sobre qué vida quiere vivir, como y cuanto, que es la vida y que es muerte digna para él.

-La falta de trabajo interdisciplinario: o multidisciplinario que facilitaría cuidar al paciente y al equipo de salud aliviando el trabajo en la institución.

- Dificultades que encuentra el paciente para el acceso a la medicación y al control periódico profesional, debido a estupideces burocráticas de los sistemas que terminan perjudicando al paciente.

-Muchas veces los pacientes se ven atrapados por diferencias personales e ideológicas entre los médicos.

-También los profesionales desarrollan una relación poco clara con los laboratorios que influye en sus decisiones respecto de los pacientes.

El gran negocio monopolístico de la salud

El trabajo aislado en el área salud, - es destructivo para miles de personas, y funcional para pocos por el poder y el gran negocio que genera. Es importante que el Gobierno gestione de una vez por todas y, por ley, convoque para establecer una "mesa interdisciplinaria" a nivel nacional, para que resuelva desde un criterio universal y no exclusivamente medico las políticas en VIH/Sida. Y tener en cuenta que el sujeto está atravesado por múltiples situaciones como económicas, trabajo, educación, etc.

-Nos planteamos: la necesidad de reflexionar sobre la relación médico-paciente por las dificultades que los médicos tienen para comunicarse con algunos de sus pacientes.

Los que rotulan de "difíciles, crónicos, usuarios de drogas, con aquellos que no piden ayuda, con los que no cumplen el tratamiento, con capacidades diferentes, etc. Pero sobre todo, hemos observado

que el médico tiene dificultades, ansiedad e incomunicación con aquellos pacientes que padecen enfermedades con pronóstico terminales y están cercanos al momento de la muerte.

Hablemos de la muerte

La muerte, como episodio final de la vida, es un evento tan natural y frecuente como el nacimiento. Como fenómeno biológico, y como proceso clínico debería tener su lugar en la formación del médico.

Pero se habla poco, parece que fuera un tema tabú igual que hablar de sexualidad (qué paradoja Eros y Tanatos). El profesional de la salud suele estar tan "impreparado psicológicamente", que puede no ir en beneficio del paciente, cuando no abandona discretamente el escenario y a su paciente.

Deberían ponerse de acuerdo, y que las actitudes frente a un paciente, tengan lugar dentro de un marco que se resume en los siguientes puntos:

- 1-Discontinuación de medicinas inútiles
- 2- Discontinuación de estudios innecesarios
- 3-Discontinuación de toda medicina que no esté directamente relacionada con el alivio de los síntomas.
- 4- Cuidados
- 5-medidas paliativas para el dolor
(Se evidencia la falta de capacitación en prevención terciaria)

Las llamadas políticas preventivas...

Quedan reducidas a tristes rituales, como repartir preservativos y folletería y otras yerbas... no hacemos nada. Hay millones de personas en el mundo que están a la espera de recibir un tratamiento. La lógica que justifica la muerte prematura de una parte de la humanidad debería ser cuestionada "¿Se puede evitar parte de estas muertes?"

-Si los médicos aceptan los principios de una medicina científica, que exige decir la verdad. ¿Por qué pretenden ignorar las consecuencias de sus actos?

¿Se obedece así al juramento hipocrático explícito de curar y confortar y al juramento implícito, si se aceptan los principios de una medicina científica, que exige decir la verdad?

Quizás un principio ético simple sería preguntarse si uno mismo seguiría las indicaciones que está dando. Simplemente "*No hagas a los demás lo que no te gustaría que te hicieran a ti*" y "*Tampoco deja*

de hacer a los demás lo que no te gustaría que dejaran de hacer por ti”.

Morir con Dignidad. Tiene que ver con evitar que la muerte afecte la dignidad de la persona. Cada paciente debería ser informado sobre todas las decisiones que afecten su bienestar, y solicitar su consentimiento antes de proceder. Cuando llega la hora de la muerte, Tanto médicos como pacientes estamos en la misma balanza.

-Propongo darle la palabra al paciente: para que pueda recuperar algo del control que ha perdido por su enfermedad, o por la posición de objeto en que lo han ubicado. *“La palabra es uno de los medios más poderosos que permite a un hombre influir sobre otro”.*

A TODOS: denunciar las políticas discriminatorias que causan la exclusión:

“Si el esfuerzo de misión quiere ser fiel a su misión, debe pasar por delante del orden establecido, y ser claro y transparente. El cambio funciona cuando se aventura a salirse del camino conocido para asumir el riesgo de crear cambios humanitario”.

Para terminar, quiero agradecer a Ana Oberman por haber sido mi compañera en este trabajo.

Gracias.

Gilda Colman (VIH+, diag. año 1987)

Bibliografía:

*Alberto Agrest (Adherencia a tratamientos farmacológicos).

*Dr. Andrés Solidoro Santisteban (La adherencia al tratamiento antirretroviral en personas VIH/SIDA. Un abordaje desde la perspectiva del trabajo Social)

*Dr. Jean-Hever Bradol, (presidente de MSF-Francia)

*Profesor José Antonio Ayuso Marente –universidad de Cádiz, España.(Una aproximación a los conceptos de Estrés Laboral y Burnout).



Cortesía de Anuar Luna