

Andrés González Navarro

Oficina de Coordinación Oncológica de la Comunidad Autónoma de Madrid

El objeto fundamental de la Medicina es el hombre enfermo, pero no únicamente en el sentido que la define como la ciencia y arte de prevenir y curar la enfermedad en el cuerpo humano. Debemos afirmar que el conocimiento del hombre se constituye en la base del saber médico y en nuestra sociedad judeo-cristiana, la comprensión del hombre parte de su naturaleza dual, cuerpo y espíritu⁽¹⁾.

El denominado acto médico tiene, de acuerdo con lo anterior, que procurar el bien integral del paciente y todo acto médico que no se oriente hacia este fin, contribuye a “deshumanizar” la medicina y desemboca en una instrumentalización del hombre enfermo⁽²⁾.

Se dice que si de nuestra medicina desapareciese la preocupación primaria por la persona, se convertiría únicamente en una biotecnología útil para reparar organismos descompuestos y que probablemente en este caso sería más barata y eficaz que se realizase por máquinas.

Podemos decir que el rasgo que mejor define a la cultura médica actual es la tecnología. Este desarrollo tecnológico tiene el peligro de convertirse en el eje de las especialidades médicas. Si así fuera, podríamos observar que la fragmentación del diagnóstico y de los tratamientos es un artefacto que se debe en gran parte a este aspecto tecnológico y que por lo tanto es puramente instrumental.

La tecnología está también en la base de la especialización y de la supraespecialización, pudiéndose constituir, en ocasiones, en objetivo únicamente el órgano

enfermo en detrimento del hombre.

Por otra parte, es palpable que la medicina se ha incorporado de una forma creciente y decisiva al mercado, introduciendo el criterio mercantilista de una forma muy importante en su desarrollo.

Así pues, una serie de acontecimientos muy significativos, tales como los sistemas masivos de salud, la incorporación al mercado de la medicina, la tecnificación, la especialización y la reducción a lo biológico, ha provocado un enorme cambio en la Medicina del presente que ha tenido o puede tener devastadores efectos sobre la relación médico-paciente, elemento fundamental del acto médico⁽³⁾.

Así si no reaccionamos, podríamos asistir a la transformación de la relación entre el médico y el paciente en una relación exclusivamente técnica, fría y despersonalizada. Este tipo de relación descuida los aspectos psicológicos, culturales y sociales, limitándose en ocasiones a la interpretación de los exámenes proporcionados por máquinas.

En algunos sitios he leído que la humanización aplicada a la esfera de la salud significa hacer referencia al hombre como un todo⁽⁴⁾, que se realiza mediante el fomento y la protección de la salud, el cuidado de la enfermedad y la promoción de los ambientes que favorezcan la vida sana y armónica en el ámbito físico, emocional, social y espiritual.

El término profesión proviene del ámbito religioso, las profesiones son actividades muy particulares que obligan a la perfección. En nuestra lengua de hoy, la perfección es sinónimo de calidad.

La calidad es un concepto abstracto cuya percepción es innata al hombre. Podemos decir pues que la calidad es un concepto intemporal. Conceptualmente la búsqueda de la calidad y la excelencia nos

Correspondencia:

Andrés González Navarro,
Oficina de Coordinación Oncológica, CAM
Plaza Trias Beltrán, 7, 7.º
28020 Madrid
E-mail: andres.gonzalez@madrid.org

orienta hacia una calidad total que no es ni más ni menos que un sistema de gestión de la calidad que abarca la totalidad de las actividades orientado al cliente como concepto amplio, es decir a todas aquellas personas o instituciones que se benefician directamente de las actividades y con un especial cuidado al denominado cliente interno y a la mejora continua. Este sistema considera al cliente como árbitro final del servicio para lo cual necesitaremos conocer los siguientes elementos. Saber quiénes son, conocer sus expectativas, conocer sus opiniones acerca de cómo se les está prestando el servicio y conocer sus deseos sobre cómo quieren recibir el servicio⁽⁵⁾.

Por lo comentado con anterioridad, y a la luz del concepto integral de hombre, se deduce que en el desarrollo de nuestra medicina pueden estar primando de una manera decisiva criterios meramente tecnológicos. En este sentido preguntémosnos ¿el diseño de nuestros hospitales y centros de salud se hace bajo el prisma de la comodidad de los pacientes o en ocasiones priman criterios estrictamente utilitarios o técnicos? ¿Están los procesos asistenciales diseñados para evitar molestias a los enfermos o simplemente en criterios de racionalidad técnico-económica de la actividad? Recordemos que los defectos intrínsecos en un sistema son los más costosos de solventar.

Parece pues que si desde hace tiempo se habla de la humanización de la asistencia sanitaria, deberíamos considerar como fundamental comprender la naturaleza del cliente del servicio, es decir la naturaleza espiritual del hombre y en su razón, los aspectos no puramente biológicos de la enfermedad.

Pongamos ejemplos. En la Comunidad de Madrid, el cáncer de mama es la neoplasia más frecuentemente diagnosticada en las mujeres, más de 2.500 casos al año, produciéndose más de 700 muertes al año. En el momento actual, la supervivencia media esperada es de 2.760,66 días limitada a un seguimiento de 2.983 días. Esto significa una alta cronicidad de la enfermedad y por lo tanto la necesidad de asegurar un

alto nivel de calidad de vida a las pacientes. Ante esta situación no es posible un abordaje tradicional, es necesario un enfoque diferente que asegure al paciente ante la dispersión del conocimiento y le proporcione una asistencia cuyo objetivo sea el paciente no los profesionales, de fácil acceso, comprensible, participativa, y que en definitiva proporcione unos cuidados sanitarios con nivel de excelencia.

Si de acuerdo con los criterios de calidad que defendemos analizamos nuestra propia situación observaremos que algunas cosas de nuestra rutina deben ser modificadas y otras muchas nuevas deben ser introducidas. Siguiendo este pensamiento y a la luz del concepto de excelencia, pensaremos y con razón que el problema de los cuidados sanitarios debe introducir puntos de vista novedosos en nuestros procesos que posiblemente deben de ser rediseñados de forma profunda. Así, si consideramos que el abordaje psíquico de la enfermedad es imprescindible, no debemos de caer en el error de convertirlo en una técnica más, pues la psique humana no es posible separarla del cuerpo que la sustenta y así deberíamos tender a que el abordaje psicológico y los demás abordajes biológicos participasen conjuntamente en el diseño de organizaciones, estructuras, procesos asistenciales y demás elementos del proceso curativo.

Sigamos con el ejemplo, para lograr el diagnóstico de las más de 2.500 mujeres con cáncer de mama, debemos realizar más de 400.000 exploraciones mamográficas al año. El posible retraso en la realización de la mamografía puede generar un aumento innecesario de la angustia en la mujer. En el caso de que precise una segunda exploración o la realización de una biopsia, la comunicación de la noticia de forma no adecuada puede aumentar estos trastornos, y llegados a este punto nos preguntamos, ¿alguien nos enseñó a los médicos, en la facultad, a comunicar malas noticias?

Pensemos en la mujer que es enviada al hospital, en general edificios grandes y llenos de personas en donde hasta nosotros,

profesionales sanitarios, nos perdemos con facilidad. Es el momento de conseguir una cita o asistir a una prueba. En ocasiones tenemos que recorrer varios pisos y hacer múltiples colas para conseguir citas y fechas de posibles nuevas exploraciones. A veces es imposible hacer coincidir éstas con un mínimo sentido común y debemos acudir de forma repetida al centro para realizar diferentes tipos de pruebas diagnósticas. No olvidemos que debemos atender a personas asustadas, nerviosas e irascibles ante el riesgo que perciben de pérdida de su salud. ¿Está nuestro personal, de todo tipo, aleccionado a que nuestra actividad debe estar orientada hacia el cliente? ¿Cuántas veces no hemos considerado más importante continuar una sesión clínica o cualquier otra actividad a empezar en punto nuestra consulta y hacer esperar de forma innecesaria a los pacientes?

En general, se deberían analizar todos los procesos y circuitos de recepción de los pacientes, modificar los puntos de información, producir una información de calidad, adecuar y humanizar el acceso al hospital del paciente con cáncer. En estos análisis deberían participar todo tipo de personal y todo tipo de especialistas, incluidos los no médicos. Propongamos estructuras de trabajo horizontales comunicativas e integradoras y abandonemos los criterios estructurales verticales que son en gran parte el origen de la desmotivación de nuestros profesionales⁽⁶⁾.

Recordemos que la enfermedad cancerosa siempre ha ido acompañada de repercusiones psicológicas más o menos identificadas^(7, 8). Del reconocimiento de esta situación surge la Psicooncología. Esta faceta de la asistencia sanitaria se produce al tiempo que percibimos un notable aumento de los niveles de información de los pacientes con relación a la enfermedad y por la tanto en el deseo y en la capacidad de éstos en participar activamente en su tratamiento.

Volvamos al ejemplo, ha llegado el momento de la decisión terapéutica, en este momento debemos abandonar los cri-

terios paternalistas por los cuales el médico tomaba las decisiones en bien del paciente⁽⁹⁾. En el momento presente, es frecuente referirse al protocolo en uso y obviar que nos encontramos ante un ser humano, que quiere información, en niveles muy variables y personales, y que debe de prepararse para soluciones impactantes⁽¹⁰⁾. Pensemos, estamos en el siglo de la perfección estética y con este concepto muy presente analicemos lo que tiene que sentir una mujer de entre 45 a 55 años, cuando se le anuncia que es necesario amputar su mama. ¿Cuántos conflictos podemos desencadenar? ¿Cómo debemos comunicar esta noticia? Pensemos que cerca del 38% de los casos precisarán de esta cirugía radical.

Conocemos perfectamente que en el momento actual, muchas de las mujeres con cáncer de mama sobrevivirán de forma muy prolongada y por lo tanto su enfermedad se transformará en una enfermedad crónica. Así la mujer necesita saber convivir con la enfermedad y esto no es fácil, no olvidemos que en la sociedad occidental en general y en la española en particular, el cáncer suele estar asociado con el dolor y la muerte. ¿Estamos preparados para asumir estos cuidados continuados de alto nivel?

Por último en algunos casos, en ocasiones demasiados, cuando los posibles tratamientos se han mostrado ineficaces, deberemos abordar la paliación del sufrimiento abandonando en parte el abordaje tecnológico de la enfermedad y centrándonos de forma fundamental en la persona que sufre.

Todo el proceso que hemos apuntado debe ser atendido por equipos integrales en que los especialistas conjuntamente en el tiempo y en el espacio definan las actuaciones necesarias, no como un mero orden dentro del proceso, si no como un todo integrador que abarque la totalidad del hecho asistencial con un modelo altamente participativo.

Si aplicamos los criterios de excelencia en la gestión clínica de la asistencia al enfermo con cáncer, sabemos que el proce-

so asistencial se suele dividir en tres fases: A) Prevención, B) Tratamiento, rehabilitación y C) Cuidados paliativos. Estas tres fases deben ser analizadas en su estado actual, evaluadas en su rendimiento y si es preciso modificadas.

El rediseño de los procesos, desde que el paciente entra por la puerta del centro de salud, debe contar con la naturaleza dual del ser humano y por la tanto incluir un abordaje psicológico de los nuevos diseños.

En este escenario la Psicooncología no es sólo una posibilidad de tratamiento de apoyo que se utiliza en casos determinados, sino un área de conocimiento que interviene en todo el proceso asistencial, contribuyendo al diseño de los mismos e integrándose de forma decisiva en la toma de decisiones desde el primer momento asistencial⁽¹¹⁾. De esta forma, se podrán prevenir o mitigar determinadas situaciones potencialmente lesivas, de tal manera que el rediseño de los procesos asistenciales, contribuya a la disminución de la presencia de los trastornos emocionales en los pacientes.

Por tanto, la Psicooncología trasciende del hecho puntual del enfermo oncológico que de forma asociada presenta una comorbilidad psiquiátrica y debe de impregnar todo el ámbito asistencial. Volviendo al ejemplo elegido no es aconsejable olvidar los trastornos de imagen y de pareja que el tratamiento radical del cáncer de mama puede originar. ¿Hemos pensado alguna vez como abordar la noticia de la existencia de una predisposición genética a sufrir cáncer de mama en una mujer de treinta años? Recordemos que en teoría estamos hablando con una mujer sana.

Es obvio que el abordaje psicológico de los trastornos asociados con el cáncer debe de ser efectuado de forma adecuada, pero nunca sin olvidar el tratamiento integral de la enfermedad de base, y por eso, que lo psicológico esté integrado en el equipo multidisciplinar de tratamiento, está fuera de toda discusión.

Por último, en el caso del fracaso curativo del tratamiento, el contribuir a la

aceptación de la realidad y el aconsejar el modo de abordar el sufrimiento, constituyen elementos muy fundamentales en el mantenimiento de una calidad de vida aceptable⁽¹²⁾.

En resumen, la enfermedad oncológica, por sus específicas características, necesita no sólo un abordaje biológico de la misma, mediante el mejor arsenal terapéutico posible, sino la consideración holística del hombre. En este ámbito, solo mediante un abordaje integral mediante el trabajo en equipo en el que se encuentren incluidos las perspectivas psicológicas puede asegurarnos un alto índice de éxitos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Flórez Lozano JA. El enfoque humanista en la atención al enfermo. En JA Flórez Lozano. La Comunicación y comprensión del enfermo oncológico. Madrid: Zeneca Farma, 1997; p. 203-14.
2. Elso Schiappacasse F. Humanismo y Medicina. Oficina de Educación Médica. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción [en línea] [fecha de acceso 7 de julio de 2003] URL disponible en <http://www.udec.cl>.
3. Pajares García JM. Relación médico-enfermo en el paciente oncológico. En E. García Camba, editor. Manual de Psicooncología. Madrid: Aula Médica. 1999 p. 144-58.
4. Küng H. Proyecto de una ética mundial. Madrid: Trotta, 1991; p. 115-20.
5. Dirección General de la Calidad de los Servicios. Calidad en la Administración Pública. En Consejería de Hacienda. Manual de implantación del Plan de Calidad de la Comunidad de Madrid. Madrid, 1998; p. 19-24.
6. Martín Martín JJ, Burgos Rodríguez y López del Amo González MP. Necesidad de gestión como herramienta de trabajo en la toma de decisiones en la práctica clínica. En A Biete Solá, A Palacios Eito y FA Calvo Manuel. Gestión Clínica en Oncología Radioterápica. Asociación Española de Radioterapia y Oncología. Madrid, 2003; p 21-32.
7. Kiebert GM, de Haes JCJM, van de Velde CJH. The impact of breast-conserving treatment and mastectomy on the quality of early-stage breast cancer patients. A review. J Clin Oncol 1991; 9:1059-70.

8. Zapatero Laborda A, Pérez Torrubia A. Respuesta psicológica al tratamiento del paciente con cáncer: reacción-adaptación. En E. García Camba, editor. *Manual de Psiconcología*. Madrid: Aula Médica, 1999; p 91-112.
9. González Barón M. La información al enfermo con cáncer. En M González Barrón. *Tratado de medicina paliativa*. Madrid. Editorial Médica Panamericana, 1996; p 56-66.
10. Bernheim JL, Ledure G, Souris M and Raza-
vy D. Differences in perception of disease
and treatment between cancer patients and
their physicians. En NK Aaronson y J Beck-
mann, editores. *The quality of life of cancer
patients*. New York: Raven Press, 1987; p
283-95.
11. Lozano Suárez M y Saiz Ruiz J. ¿Hacia
dónde se dirige la psiquiatría de enlace? En
JJ López-Ibor Aliño, JC Gómez Pérez y JA
Gutiérrez Fuentes. *Retos para la psiquiatría
y la Salud Mental en España*. Madrid: Fun-
dación Lilly, 2003; p 243-255.
12. Buscham M. Psychosocial issues in the care
of the terminally ill. En JM Zimmerman.
*Hospice. Complete care for the terminally
ill*. Baltimore. Urban&Schwarzenberg,
1986; p 77-90.

