

La relación médico-paciente en tiempos de COVID-19. ¿Un cambio de paradigma?

JACOBO VILLALOBOS¹, NICOLINA CALVANESE^{2,a}

The impact of COVID-19 pandemic on doctor-patient relationship

Doctor-patient relationship (DPR) is the cornerstone of clinical medicine, mobilizing powerful human resources. This article analyzes the impact of COVID-19 pandemic on DPR. Due to fear of contagion, the use of telephone or digital consultation was preferred, in which only the results of laboratory and imaging tests can be reviewed, and the patient receives a diagnostic conclusion. Patients are afraid of face-to-face consultations, and healthcare centers developed measures to reduce patient influx. Thus, a new relationship ensued, generating suspicion, mistrust and fear. The empathy and affection that the doctor must project and deliver to the patient was reduced. Depending on the duration of the pandemic, doctors and patients will eventually get used to this type of relationship and a paradigm shift will occur, in which Hippocratic medicine gives way to digital medicine.

(Rev Med Chile 2021; 149: 1070-1074)

Key words: COVID-19; Pandemics; Physician-Patient Relations; Bioethics.

¹Consultorio adosado a especialidades (CAE). Hospital Regional de Antofagasta "Dr. Leonardo Guzmán". Antofagasta, Chile.

¹Departamento de Ciencia y Tecnologías del Comportamiento. Universidad Simón Bolívar. Caracas, Venezuela.

^aDoctora en Psicología Clínica y de la Salud.

Trabajo no recibió financiamiento. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido el 9 de enero de 2021, aceptado el 1 de septiembre de 2021.

Correspondencia a: Jacobo Villalobos Consultorio asociado a especialidades (CAE). Hospital Regional de Antofagasta. Azapa 5935. Ciudad de Antofagasta, Chile. Villazu@mail.com

“Como eje vertebrador de la profesión médica, la relación médico-paciente (RMP) moviliza poderosos recursos humanos: fe, esperanza, confianza, fortaleza moral y aceptación de la adversidad –la enfermedad– como fenómeno vital y como experiencia racional”¹. Sobre ella descansa la medicina clínica, que “según Gracia D (1998) es aquella que tiene lugar entre una persona que considera su salud amenazada y alguien que posee el saber y la técnica para hacer frente a la enfermedad y restaurar la salud comprometida o en riesgo”¹.

De acuerdo a Mendoza¹, citando a Entralgo (1969) “la RMP posee el carácter de una “cooperación cuasi diádica de ayuda”. En ella, se articulan las operaciones objetivantes que tornan como objetivos los signos de la enfermedad y las operaciones empáticas o coejecutivas, que implican situarse bajo el marco de referencia del paciente, es decir, identificar lo que el paciente

siente y penetrar en el sentido que le da a su padecimiento”¹.

De una adecuada RMP depende el éxito del acto médico, el cual es un acto de comunicación con lenguaje oral, gestual, corporal, en el que la observación del médico se encuentra basada en su capacidad para ver, oler, oír, sentir física y percibir emocionalmente. El médico es el receptor de lo que el paciente expresa, aún con su silencio. No por azar se habla del efecto placebo del médico, cuya sola presencia produce en el paciente una sensación de seguridad, porque podrá ser escuchado y (ojalá) entendido, “dentro de las relaciones humanas, la relación médico-paciente es una de las más complejas e intensas, ya que tanto paciente como médico dependen mutuamente del saber del otro, de su deseo de sanar y de su compromiso en el proceso terapéutico”².

La medicina cambia, en la misma medida en que cambia la sociedad; las enfermedades apa-

recen, desaparecen o cambian su dinámica de acuerdo a como la sociedad actúa. Esto incluye la acción o la omisión de la conducta del ser humano, en su individualidad y en su colectividad, así como en su proyección con su ambiente.

Hoy el mundo vive una pandemia generada por el virus SARS-CoV-2. Este ha sumido a la población global en una dinámica social caracterizada por el distanciamiento social, el confinamiento y la reducción de los encuentros presenciales. Todo lo cual marca un caso de excepcionalidad en las relaciones interpersonales y, en consecuencia, en la RMP. Con ese basamento, este trabajo se propone como objetivo analizar el impacto que la pandemia de la COVID-19 ha causado en la RMP. Para ello, se describirán las situaciones psicológicas e intrapersonales a las que los integrantes de dicha relación se ven expuestos, y luego, se ahondará en la incorporación de las tecnologías de la comunicación (TICs) como vía predilecta de contacto entre médico y paciente en el contexto de la pandemia. La pregunta que servirá de hilo conductor para estos dos ejes será: ¿cómo la pandemia puede afectar a la RMP, una vez que la dinámica social en la que esta tiene lugar se ve comprometida?

Aspectos psicológicos de la RMP durante la pandemia

El primer paso para dar cuenta de la situación de la RMP en el contexto de la pandemia global será el de presentar una descripción psicológica de los pacientes y médicos que entran en tal relación. De cara al confinamiento y al distanciamiento social, en el ámbito de la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud, “diversos modelos psicológicos han realizado un valioso aporte, haciendo especial mención al Modelo de Creencias en Salud, Modelo de Locus de Control en Salud, Modelo de Autoeficacia, Modelo de la Acción Razonada y Planeada, que intentan explicar cómo adquirimos y mantenemos las conductas en salud”³. la evidencia ha mostrado que “independientemente de la etapa de exposición al virus en que pueda estar una persona, ya sea en cuarentena, bajo una situación preventiva de distanciamiento social, o bien post alta del virus, todas las medidas preventivas sugeridas incorporan medidas comportamentales y psicológicas”⁴

explicadas mediante modelos psicológicos que argumentan la existencia de factores psicológicos fundamentales que determinan la conducta de salud, tales como:

1. La percepción de susceptibilidad/vulnerabilidad frente a la amenaza percibida y la gravedad de la enfermedad y sus efectos sobre la propia salud.
2. Las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir las amenazas sobre la salud (la estimación de un beneficio).
3. La percepción de su autoeficacia, basada en la autoconfianza y seguridad de que la acción realizada en salud ha sido adecuada y productiva.
4. La percepción de control en salud, dado por factores internos y externos a la persona.

Tanto en los pacientes como en el personal de salud se han descrito reacciones psicológicas que pueden explicarse por el temor al contagio con el virus; en los pacientes se ha observado “miedo, ansiedad, sensación de incertidumbre y percepciones distorsionadas de riesgo, con sus consecuencias dañinas como determinantes de los comportamientos sociales negativos”⁷; en los profesionales de la salud, la sintomatología más frecuente se asocia a situaciones de ansiedad y de estrés, así como síntomas depresivos, que pueden manifestarse como sensación de nerviosismo, agitación o tensión, sensación de peligro inminente, pánico o catástrofe, aumento del ritmo cardíaco, taquipnea, sudoración excesiva, temblores, sensación de debilidad o cansancio”⁷.

Con base a lo antes expuesto, cabe la pregunta: ¿cómo se puede generar la RMP cuando ambos participantes de la relación se encuentran comprometidos a nivel emocional? Estas preguntas nos vinculan a nuestro segundo eje de reflexión.

La telemedicina y la transformación de la relación médico-paciente

Teniendo en mente la situación psicológica de pacientes y médicos, ahora nos adentramos al contexto interpersonal de la RMP en la cuarentena, con la irrupción acelerada de la telemedicina. Durante esta pandemia, los sistemas de salud han tenido que adaptarse y transformarse con la incorporación de herramientas digitales. Frente al confinamiento, estas permiten la atención en salud

a distancia, con miras a mejorar el diagnóstico y el control de la enfermedad y evitar visitas no esenciales⁸. “Los hospitales y el personal de salud han sido testigos de un despliegue de medios tecnológicos. Si bien ya el sistema de salud estaba apostando por las nuevas tecnologías como una forma de aproximarse virtualmente a los pacientes, su incorporación e implementación se hizo de forma acelerada y, en muchos casos, improvisada debido a la urgencia”⁶.

Se ha recurrido a la consulta telefónica o digital, en la que solamente puede revisarse el resultado de los exámenes de laboratorio y de imagenología, y darle al paciente una conclusión diagnóstica. Se excluye posibilidad de contener su reacción ante dicho diagnóstico, en el caso de que este no sea favorable. Se puede pensar en una reducción de la empatía y el afecto que el médico debe proyectar y entregar al enfermo.

La transformación se puede resumir en que esta virosis ha generado la necesidad de establecer una relación sin contacto físico y sin la vinculación social a la que estábamos acostumbrados. Por el contrario, se han pautado otras modalidades que adquieren la forma de consulta digital, en la que, a través de la pantalla de un dispositivo electrónico, paciente y médico se ven y se escuchan, aunque no hay ni palpación ni auscultación. Todo lo cual representa una posible reducción en el margen de acción de la RMP, que habíamos estipulado en la introducción de este trabajo.

Aún más, en el caso de que se desarrolle una consulta médica presencial, esta debe ser físicamente distante, a media cara: tanto el paciente, su acompañante y el médico deben tener tapabocas y mascarillas, además de escudo facial. De igual forma, los pacientes tienen temor de asistir a la consulta presencial y, al mismo tiempo, los centros asistenciales han establecido medidas tendientes a evitar la afluencia de los pacientes a dichos centros. Aparece entonces una nueva relación que genera sospecha, desconfianza y temor. En fin; por un lado, tenemos el avance por necesidad de la consulta a distancia y la consulta presencial con barreras, todo lo cual opera en detrimento de la tipificación ya hecha de la RMP; por el otro, tenemos el temor de contagio por parte del paciente, el cual coincide con la descripción psicológica hecha en el apartado anterior. La consecuencia práctica es el favorecimiento de la progresión de enfermedades no diagnosticadas o insuficiente-

mente tratadas debido a la falta o deficiencias del seguimiento necesario y completo.

A pesar de todo ello, la actividad médica clínica se mantiene, y no se ha abandonado a los pacientes, se sigue resguardando la sacralidad de la vida, toda vez que todo este cambio en la RMP tiene como objetivo mantener la vida tanto de los pacientes como de los médicos y el resto del personal de salud.

Ética y relación médico-paciente: paternalismo y pandemia

Lo antes expuesto da cuenta de la vulnerabilidad emocional que afecta la estabilidad de médicos y pacientes, lo que puede comprometer la correcta relación en la que ambos participan, así como de la irrupción de la telemedicina, lo cual reduce el margen de acción de algunos elementos característicos de tal relación.

En su sentido más amplio, la RMP comprende cinco momentos fundamentales a saber: cognoscitivo, afectivo, operativo, ético e histórico-social¹. La pandemia por SARS-CoV-2 está interfiriendo en todos ellos, y con el momento operativo que corresponde a la conducta y a los procedimientos que aplica el médico en la atención del paciente.

La RMP debe conservar el momento histórico-social que comprende los aspectos sociales del médico, del paciente, de la enfermedad y de la propia relación; y adicionalmente, el momento ético, que entraña la sujeción a las normas que regulan la conducta del médico en el marco de la relación clínica, que también debe adaptarse a las condiciones de interacciones humanas que impone la evolución de la pandemia¹.

En tal sentido “se han descrito cuatro modelos de RMP: el paternalista: la decisión es tomada unilateralmente por el médico; el informativo: el médico informa, intentando no influir en las decisiones del paciente⁹. “Entre estos polos se ubican el modelo interpretativo, en el cual el médico guía la decisión del paciente, y el deliberativo, en el cual el médico analiza el caso de igual a igual con un paciente, considerando la capacidad de dialogar. Estos modelos se superponen y pueden variar por diferencias culturales o sociales y según la situación específica de cada paciente en su momento particular”⁹.

En las últimas décadas se han desarrollado

más los modelos interpretativo y deliberativo, en detrimento del modelo paternalista, privilegiando la autonomía del paciente, con base a sus condiciones neurocognitivas, capacidad de información y el respeto a la toma de decisiones. Sin embargo, en el marco social de la pandemia puede formularse como hipótesis que la reducción de la interacción entre el médico y el paciente o su familiar, está propiciando el modelo paternalista, debido a que en tales circunstancias se reducen las oportunidades de diálogo y se minimizan los momentos para explicaciones diagnósticas y terapéuticas, y, en consecuencia, se reduce la posibilidad de la toma de decisiones informadas por parte del paciente. Sin embargo, no podemos decir que el favorecimiento del modelo paternalista sea absoluto, debido a que la introducción de las nuevas tecnologías ha revolucionado la RMP. El éxito ético de esta forma de encuentro va a depender de cómo hayamos potenciado habilidades blandas esenciales, tales como la empatía, el esfuerzo y compromiso, la escucha activa, la resiliencia, el pensamiento crítico, la comunicación, el trabajo en equipo, la creatividad, tan imprescindibles y a la vez tan demandadas en estos tiempos. La advertencia es la de no recaer en la “*despersonalización de la asistencia*”, que ha sido objeto de tanto debate dentro del ámbito de la medicina^{5,8}.

Conclusión: situación de la relación médico paciente

Según hemos desarrollado a lo largo de los apartados precedentes, y partiendo de la tipificación hecha en la introducción, podemos ahora enunciar de manera explícita hacia dónde nos conduce nuestra reflexión. Lo primero será recordar el estado psicológico en que médicos y pacientes podrían encontrarse: ansiedad, nerviosismo, agotamiento, incertidumbre, con necesidad de refuerzos positivos y de autocontrol. Tal y como se ha indicado, una situación emocional de ese tipo puede ser causa de una RMP comprometida. Un médico agotado y nervioso quizá no cuente con la empatía o con la fortaleza emocional que el paciente amerita, y un paciente con ansiedad quizá se halle temeroso de entrar en contacto con el ambiente asistencial. De tal forma que el encuentro entre ambos podría verse, en ocasiones, truncado por el estado de sensibilidad psicológica que ha motivado la pandemia.

Por otro lado, la telemedicina obliga la reducción de contacto físico y la presencia concreta del médico. Se reduce la posibilidad expresiva, ya sea por barreras físicas o digitales, necesarias para una interacción completa. Así, nos enfrentamos a una paradoja: ahora que los pacientes requieren con mayor urgencia la presencia del médico, esta se encuentra limitado por las mismas razones que lo exhortan. La pandemia oculta y aleja al médico, al mismo tiempo que lo requiere con urgencia.

Si la RMP consiste en el encuentro empático, atento y solidario entre un aquejado y un tratante, entonces todo lo anterior abre la posibilidad a un cambio de paradigma. La empatía se compromete por las condiciones psicológicas; la atención se reduce por la distancia de la telemedicina; la solidaridad puede esfumarse en manos de un modelo que no considere al otro. En definitiva, en este punto resulta oportuno y pertinente hacer reflexiones en torno a si estaremos entonces ante la deshumanización de la medicina, lo que la hace más biología y menos medicina, más virtualidad y menos realidad, considerando al paciente como ente y no como ser.

El futuro de la medicina dependerá de su capacidad de adaptación y de la manera en que se utilicen los recursos tecnológicos. Posiblemente y dependiendo de la duración de esta pandemia, médicos y pacientes se irán acostumbrando a este tipo de relación y es posible que estemos ante un cambio de paradigma en el que si bien no podemos declarar que necesariamente la medicina hipocrática esté dando paso a una medicina digital, su posibilidad latente y los riesgos aparejados son lo suficientemente poderosos como para no ignorarlos.

Referencias

1. Mendoza A. La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2017; 63 (4): 555-64.
2. Hernández Gamboa L. Relación Médico-Paciente y la calidad de la atención médica. *CONAMED.* 2001; 9 (20): 25-9.
3. Vera-Villarroel P, Livacic-Rojas P, Fernández AM, Oblitas L. Principales modelos teóricos en psicología de la salud. En Vera-Villarroel P, Oblitas L. *Manual de Escalas y Cuestionarios Iberoamericanos en Psicología Clínica y de la Salud.* PSICOM Editores; 2015.

4. Urzúa A, Vera-Villarroel P, Caqueo-Úrizar A, Polanco-Carrasco R. La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia Psicológica*. 2020; 38 (1): 103-18.
5. Roales-Nieto J. Comportamiento y salud y comportamiento como riesgo. En Rosales-Nieto J. *Psicología de la Salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. España: Psicología Pirámide; 2004. p 119-48.
6. Pelechano V. *Personalidad y Enfermedad Crónica*. En Pelechano V. *Enfermedades crónicas y psicología*. 1 edición. España: España; Editorial Klinik S.L; 2008. p 127-71.
7. Bueno Ferrán M, Barrientos-Trigo S. Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud. *Enfermería Clínica* 2021; 31: S35-9.
8. Brooks S, Webster R, Smith L, Wordland L, Wewssely S, Grenberg Neil, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 2020; 395: 912-20.
9. Beca JP. Quinto seminario de bioética clínica “El paciente como persona” Academia Chilena de Medicina 391-396. Disponible en www.colegiomedicoconcepcion.cl [consultado el 6 de diciembre de 2020].