

padres (habitualmente también atendidos por el mismo médico de cabecera) presenta un problema de salud y se niega a que éstos sean informados. A la hora de tomar una decisión, habría que considerar, entre otras circunstancias, que el adolescente es una persona, con todas sus consecuencias éticas y legales, su nivel de madurez y el hecho de que violar la confidencialidad puede constituir una barrera para que acceda a la debida atención sanitaria, en ésta y en futuras ocasiones.

Seropositividad VIH y confidencialidad¹⁷. El dilema surge cuando un paciente VIH positivo se niega a advertir del peligro de infección a las parejas identificables que ha tenido o tiene y que no sospechan esa posibilidad. Respecto a la pareja actual, lo importante sería la posibilidad de prevenir el contagio y, de haberse producido éste, iniciar el abordaje terapéutico lo antes posible. En estos casos, el profesional tiene el «privilegio de revelar» —dada la posibilidad bien fundada de que resulten perjudicadas seriamente personas concretas—, no una imposición legal de alertar.

Bibliografía y comentarios

1. Para más información sobre las causas, objeto, extensión y fundamentos del secreto médico es interesante el capítulo de Gisbert Calabuig J. El secreto médico. En: Polaino Lorente A, editor. Manual de bioética general. Madrid: RIALP, 1994; 298-310.
2. Dentro de los derechos fundamentales de todas las personas, también de las que son atendidas en centros sanitarios, está el derecho a la intimidad, que supone la posibilidad de saber qué datos sobre uno mismo, quién y a quién pueden ser desvelados, incluyendo familiares, amigos y personal sanitario y parasanitario. Algunas Cartas de Derechos del Paciente elaboradas por escrito y proporcionadas en centros hospitalarios extranjeros recogen explícitamente este derecho. No acostumbra ser el caso en España, aunque sí se considera de forma implícita en la normativa administrativa y legal, fundamentada en disposiciones deontológicas. Para más información, es interesante la ponencia de los profesores Moya Pueyo V, Abenza Rojo J, Ladrón de Guevara L. Los derechos del enfermo. Libro de ponencias de las XI Jornadas Médico-Forenses Españolas. Badajoz, noviembre 1983.
3. La atención primaria de salud (APS) constituye un ámbito de trabajo con personalidad propia. Los profesionales de APS nos preocupamos de la salud de las personas ya antes de que se encuentren enfermas (en este sentido el registro de hábitos y estilos de vida puede ser imprescindible), si bien los cuidados al enfermo crónico y al paciente en situación terminal recaen igualmente bajo nuestra responsabilidad. Tampoco debemos olvidar la dimensión comunitaria de nuestra actividad. Por otra parte, se ofrece una atención integral e integradora. Las personas que acuden a la consulta viven en su familia, con sus condiciones socioeconómicas y relatan vivencias y conflictos a la largo de sus múltiples visitas en el tiempo. Precisamente este tipo de relación prolongada en el tiempo constituye uno de los elementos específicos de la relación médico de cabecera-individuo, permitiendo el manejo de los valores, más importantes que los hechos a la hora de tomar decisiones. Estas características distintivas de la APS van a determinar algunas de las situaciones conflictivas que se plantean respecto al secreto médico. Por esta razón, se ha propuesto la formación de un grupo de trabajo sobre cuestiones de confidencialidad en APS.
4. Constitución Española de 1978: arts. 18, 20 y 36. Ley Orgánica de Protección Civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar, de 5 de mayo de 1982. Ley General de Sanidad de 1986: arts. 10.3 y 61. — Normativas especiales: RD 426/80 sobre Extracción y Transplante de Órganos. RD 1910/84 sobre Receta Médica. Ley 35/88 sobre Técnicas de Reproducción Asistida. RD 944/78 sobre Ensayos Clínicos. Ley 5/1992 sobre Regulación del Tratamiento Informatizado de los Datos de Carácter Personal. Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social.
5. Nuevo Código Penal: Título X, Capítulo primero: Delitos contra la intimidad, el derecho a la propia imagen y la inviolabilidad del domicilio. En concreto el art. 199 punto 2 regula el secreto profesional.
6. a) Derecho Penal: arts. 259, 262, 410, 417, 421 y 445 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. b) Enfermedades de declaración obligatoria: anexo de la Resolución de la Dirección de Salud Pública de 22 de diciembre de 1981.
7. Art. 716 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal — arts. 326 a 332 y 576 del Código Penal. Para más información, acúdase a los textos legales y/o a los artículos: García Miró F. Legislación y secreto médico. Jano 1992; 43: 1567-1570. Secreto en la esfera médica. En: García Macho R, editor. Secreto profesional y libertad de expresión del funcionario. Valencia: Tirant Llobrich, 1994; 94-123.
8. En el artículo de Gutiérrez Maldonado J. La deontología. Jano 1992; 43: 1573-1577, se recogen y comentan los diferentes códigos deontológicos en lo referente al secreto médico.
9. Presentación del nuevo Código de Ética y Deontología Médica. Jano 1990; 38: 2020-2028. Herranz G. Comentarios al código de ética y deontología médicas. Pamplona: Eunsa, 1993.
10. Ante estos dilemas, la fórmula propuesta por el Prof. Gisbert Calabuig es la derivada de la respuesta a dos preguntas: a) al revelar el secreto, ¿beneficio al paciente? Una respuesta positiva podría justificar, desvelar datos confidenciales, respetando en lo posible la autonomía del paciente. b) Al revelar el secreto, ¿hay un beneficio social cierto? Si el beneficio es cierto y no sólo probable, el principio de justicia justificaría revelar el secreto.
11. Bioética. Bol Sanit Panam 1990; 108 (5-6): 605.
12. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical ethics. Nueva York: MacMillan, 1986.
13. Muy interesantes al respecto las aportaciones de D.^a María Castellano Arroyo en la sección Comisión Deontológica de la revista Aragón Médico, marzo 1996: 26-29.
14. Pérez Vicente A, Bueso Magaña C, Jabbour Neemi SH. El secreto profesional y la informática. Jano 1992; 43: 1561-1564.
15. Confidentiality of information on NHS network must be addressed. BMJ 1996; 312: 579 (editorial).
16. Aporta consideraciones interesantes el artículo: Silber TJ. Consideraciones éticas en el tratamiento médico del paciente adolescente. Jano 1989; 37: 839-840.
17. Existe mucha bibliografía al respecto. En castellano son interesantes, entre otros, los artículos: Gracia D. Los médicos y el sida. Problemas éticos de la asistencia médica a enfermos de sida. Jano 1989; 36: 2261-2266. Bayer R, Gostin L. Aspectos legales y éticos relativos al sida. Bol Sanit Panam 1990; 708 (5-6): 473-488. Castillo García A. El secreto médico. Cuadernos de Bioética 1996; 2: 202-209.

La relación clínica con el paciente difícil

M.N. Martín Espíldora

En un seminario sobre bioética en atención primaria¹, se elaboró un listado con los temas considerados de alto interés para su trabajo por los participantes. El que obtuvo mayor puntuación fue el de «relación médico-paciente» y en segundo lugar «relación con el paciente problemático». En cierto modo, parece extraño que sean éstas las cuestiones que más preocupan a los médicos de atención primaria, a pesar de los años de ro-

daje que lleva la medicina de familia y la creciente formación en el campo de la entrevista clínica, etc. Pero sucede que la *relación clínica* ha sido –y continúa siendo– el núcleo de la medicina en su vertiente asistencial, basada en la confianza entre el médico y el paciente. La pérdida de la confianza suele llevar a la ruptura de esta relación, que en muchas ocasiones va precedida, por parte del médico, de la consideración de ese paciente como problemático o difícil, con el consiguiente alivio al no tener que atenderlo más.

¿Cuáles son los motivos que llevan a los pacientes a romper su relación clínica? Entre los médicos, es opinión común que un motivo frecuente lo constituye la denegación de prestaciones (bajas, recetas, pruebas complementarias). Sin embargo, esta causa tuvo escasa incidencia en un estudio sobre 178 solicitudes de cambio de médico, realizadas durante un año en un centro de salud². Se analizaron los datos recogidos en los impresos que se utilizan habitualmente en el centro, donde pueden alegarse 12 motivos para cambiar de facultativo incluyendo: horario, denegación de prestaciones (diferenciadas), dificultad de relación con el médico, etc., y un apartado en blanco para exponer otras razones.

Estudiando por separado las solicitudes con un solo motivo (108), quizá más valorables objetivamente, se observa un predominio del horario como causa para pedir el cambio, seguido de la dificultad en la relación con el médico. Por otra parte, éste era el primer motivo aducido por los que alegaban varios, que podrían ser catalogados de entrada como pacientes difíciles, a la vista de los comentarios que hacían en las solicitudes. Más interesante es el estudio de los motivos agrupados en categorías, obteniendo un porcentaje similar el grupo de causas coyunturales (horario, familia, sexo) y la dificultad de relación médico-paciente. En varios de los casos que argumentaron el horario como único motivo, se comprobó que aceptaron el cambio a otro médico del mismo horario, ya que, según se pudo confirmar, la causa real era una mala relación con su médico, lo que aumentaría el porcentaje obtenido por este grupo.

Por tanto, merece la pena estudiar la cuestión de la relación con el paciente difícil, de modo que el cambio de médico se plantee como último recur-

so, y no como primera solución. En primer lugar, ¿qué es un paciente difícil? Podríamos decir que es la persona que provoca, de forma habitual, una sensación de angustia o rechazo en el profesional. Esta definición, derivada de la práctica, se ve reflejada en la literatura internacional, donde también se apunta que no todos los pacientes difíciles lo son por igual para todos los médicos, prefiriendo hablar, más bien, de «relaciones difíciles médico-paciente»³.

Esto es costoso de admitir ya que, de entrada, ningún profesional piensa que él mismo es problemático, sino que el trato con determinados pacientes constituye un problema. La mayoría de publicaciones señalan la conveniencia del aprendizaje de técnicas de comunicación, autocontrol emocional, y otras relativas a la entrevista clínica, para «manejar» al paciente difícil, mejorando así la efectividad de la consulta, la satisfacción del paciente y la del propio médico⁴. Sin embargo, pensamos que en estos casos, además de aprender habilidades, es necesario corregir actitudes y puede haber algún aspecto que sea mejorable en la conducta (ética práctica) del médico. Probablemente la solución apunta a que el propio médico intente mejorar como persona, es decir, practicar la llamada *bioética de la virtud y el carácter*, sin excluir la bioética de los principios y los deberes. No es posible profundizar aquí en este tema, pero sí indicar que más allá (o más acá) del manejo clínico está la consideración del paciente como persona⁵.

Para intentarlo, es conveniente desglosar los motivos que en la práctica dificultan la relación con determinados pacientes, que suelen estar entre los siguientes: *a)* la patología presentada; *b)* la personalidad del paciente, y *c)* las circunstancias en que se desenvuelve.

De un modo distinto, pero no menos real, también influyen: *d)* la personalidad y circunstancias del médico, y *e)* las características físicas y organizativas del centro de salud.

A continuación comentamos brevemente cada una de estas cuestiones, procurando apuntar algunas orientaciones que implican esfuerzo por parte del profesional. No tratamos de innovar, sino de ordenar ideas.

a) Patología que presenta el paciente
– Puede ser una enfermedad compli-

cada, por su gravedad y por los problemas añadidos que conlleva: sida, cáncer, etc. (habrá que aceptarlo, por doloroso que resulte, y buscar el apoyo necesario –no sustitutivo– de otros profesionales).

– También puede ocurrir que el médico no sepa enfrentarse a los problemas que plantea aquella patología, bien sea por falta de formación científico-técnica –p. ej., un enfermo terminal complicado– o por falta de formación ética –p. ej., un problema de confidencialidad–. (En ambos casos se puede estudiar o consultar para adquirirla.)

– Afecciones que conllevan una falta de autonomía en el paciente, debiendo implicarse el médico, más de lo ordinario, en la toma de decisiones. (Requiere tratar a la familia con mayor profundidad para descubrir interlocutores válidos y dedicar más tiempo a ese enfermo para que esté bien atendido.)

– Síntomas confusos, debidos a una patología complicada, o con más frecuencia, al temor que siente el paciente a no saber explicarse, a tener una enfermedad grave, a que el tratamiento sea agresivo o molesto, etc. (Esto se debe tener en cuenta desde el comienzo de la consulta, y tratar de ponerse en el lugar del paciente, es decir ser capaces de empatía. Si el médico ha estado enfermo, no conviene olvidar la experiencia sufrida: la sensación de impotencia, lo difícil que resulta concretar los síntomas, etc.)

b) Personalidad del paciente

Habitualmente, el médico no la podrá cambiar; por lo tanto, deberá aceptarla. Una cuestión ética primordial es la de que todo paciente tiene derecho a ser tratado con respeto, y es conveniente recordarlo (podemos argüir que también los médicos, pero lo dejamos para más adelante). Pueden resultar problemáticos los siguientes factores:

– Alteraciones psicológicas del paciente, transitorias o permanentes, que complican el trato y pueden molestar o, incluso, ofender al médico. (Actuar de forma profesional, teniendo en cuenta sólo si afecta al tratamiento, y pensar que el paciente no está en contra nuestra. Recordar que no tenemos que convivir con él.)

– Características físicas: escasa higiene, mayor o menor atractivo, etc.⁶.

- Escaso nivel intelectual, con notable dificultad para comprender las explicaciones y los consejos preventivos. (Esforzarse, sin pensar que «ya hemos cumplido» por haber informado escuetamente. Si es preciso, recurrir al apoyo de otros profesionales.)
- Lenguaje prolijo, descripciones interminables, enumeración detallada de síntomas en cada visita... (Además de dominar las técnicas de entrevista clínica, habrá que «armarse de paciencia» para escuchar al paciente y saber qué quiere decir realmente.)
- Exigencias frecuentes que el médico considera inadecuadas: demanda de recetas, bajas, pruebas complementarias... (Razonar la respuesta negativa, ya que puede haber alguna causa no manifestada. Ver si se debe a falta de confianza, pues esto sí podría ser un motivo para sugerir el cambio de médico.)
- Opiniones o convicciones contrapuestas a las del médico. (Contar con ello. Si uno descubre que no le gusta un paciente, buscar el porqué e intentar superarlo.)

c) Circunstancias en que se desenvuelve el paciente

- Situación socioeconómica deficiente, que impida el cumplimiento de algunas opciones terapéuticas; para la mayoría de médicos resultan singularmente difíciles los pacientes alcohólicos y los toxicómanos. (En estos casos se hace especialmente necesaria la colaboración con otros profesionales, como enfermería y trabajo social, para complementar la labor del médico, no para «deshacerse» del paciente.)
- Nivel cultural y profesional elevado, incluyendo, en ocasiones, el ámbito sanitario, con innumerables preguntas en cada visita e interferencias en el planteamiento del diagnóstico y tratamiento. (También pone a prueba la paciencia del médico y hay que aceptarlo como parte de nuestro trabajo, dejando clara a la vez cuál es nuestra posición.)
- Familia problemática que por distintos motivos causa disgustos al paciente, quiere tomar decisiones en su lugar, obstaculiza la labor del médico, etc. (No podemos prescindir de la familia; hay que contar con ella, dejando claro en todo momento que nuestro principal interés es el bienestar del paciente. En situaciones especialmente conflictivas, quizá tengamos que utilizar la vía legal por motivos éticos.)

d) Personalidad y circunstancias del médico

Aunque pueden influir con todos los pacientes, se hacen notar de forma particular con aquellos cuyo trato nos resulta más difícil. Se pueden incluir conjuntamente:

- Alteraciones de la propia salud. Problemas familiares. Condiciones laborales inestables. (En todos estos supuestos, que pueden ser frecuentes, pensar que cuando estamos con el paciente nuestro interés se debe centrar en él sin dejar traslucir si uno está triste, cansado, disgustado o simplemente no se encuentra bien.)
- Múltiples quehaceres, que llevan a manifestar prisa en la consulta. (Nos puede conducir a eludir responsabilidades, derivando en exceso, o a estar pensando en lo que tenemos que hacer a continuación y pasar por alto algún detalle importante.)
- Temperamento o carácter difícil: el médico puede tender a alterarse con facilidad o bien ser persona de pocas palabras. (Hay que hacer esfuerzos para dominarse si el paciente dice algo ofensivo o chocante; considerar todo como un síntoma más de la enfermedad y esto no puede ofender a nadie. Por otra parte, si un médico tiene un verdadero interés por su paciente —punto clave para hablar de ética—, lo natural es que se manifieste con amabilidad, dentro de su manera de ser.)

e) Características físicas y organizativas del centro de salud

Influyen en todos los pacientes, pero de manera especial en los más susceptibles, pudiendo motivar reacciones desproporcionadas en cada visita.

- Tiempo excesivo de espera, a veces después de haberse apresurado para llegar puntual, o dificultades habituales de comunicación con el centro. (Saber pedir perdón aunque no sea culpa nuestra; los pacientes lo olvidan en seguida si ven que se les tiene en cuenta. Además, intentar que realmente mejore esa situación.)
- Interrupciones demasiado frecuentes, que pueden violentar la intimidad del paciente, distraer al médico, dificultar una conversación delicada... Esto puede poner al paciente a la defensiva, e influir en sucesivas visitas. (La actitud del médico, de escucha atenta, puede restaurar el equilibrio perdido, pero debe acompañarse de otras medidas.)

- Fallos reiterados en cuestiones burocráticas que afectan directamente al paciente (y ante los cuales algunos reaccionan agresivamente): desaparición de historias clínicas, extravío de pruebas complementarias, etc. (El médico no puede encogerse de hombros aunque no haya fallado personalmente. Debe manifestar el mayor interés y, en ocasiones, suplir las deficiencias mediante llamadas telefónicas u otras actividades aunque supongan dedicación de su tiempo.)

Como resumen, se podría decir:

- No es posible cambiar al paciente difícil o problemático, ni su enfermedad o sus circunstancias..., pero sí podemos mejorar nuestro modo de afrontarlo (de fondo, no sólo de forma).
- Aceptar que hemos de intentarlo en nuestra situación actual y real, con las limitaciones existentes, sin esperar que lleguen unas condiciones ideales de salud, espacio, compañeros, cupo, etc. Esto no excluye tratar de mejorar esa situación todo lo posible.
- El esfuerzo debe ser permanente, ya que la confianza tiene un carácter muy delicado y se puede deteriorar por fallos aislados, aunque siempre existe la posibilidad de disculparnos si los detectamos.
- Por último, si la situación se hace insoportable, se puede romper la relación clínica (puesto que el respeto ha de ser mutuo), indicando al paciente la conveniencia de elegir otro médico.

Bibliografía y comentarios

1. I Encuentro Nacional de Bioética en Atención Primaria, Zaragoza, 7 y 8 de abril de 1995.
2. Estudio realizado en el Centro de Salud Actur Sur de Zaragoza por las Dras. C. Mora y M.N. Martín, 1995.
3. Hollister King, autor canadiense que ha estudiado ampliamente el tema en la medicina de familia de su país, define al paciente difícil como «alguien que inspira sentimientos molestos, tales como enfado, frustración o insuficiencia», y opina que puede haber algo en nuestras actitudes como médicos que provoque esta situación. En: Lechky O. There are easy ways to deal with difficult patients, MDs say. Can Med Assoc J 1992; 146: 1793-1795.
4. Una buena revisión realizada en nuestro medio, que tiene en cuenta la idea expresada en la nota anterior es la de Blay Pueyo C. Actuación ante los pa-

cientes de trato difícil. FMC 1996; 3: 243-250.

5. Laín Entralgo, gran estudioso de la relación médico-enfermo, dice que en ella se dan dos niveles, ya que la medicina necesita estudiar al paciente objetivándolo como una cosa, pero sin olvidar que
6. «El paciente puede ser patético, grotesco, repelente e, incluso, atractivo, pero eso no debe influirle –al médico– y su trato debe mantenerse siempre a un nivel profesional.» En: Mendel D. El buen

hacer médico. Pamplona: Eunsa, 1991. (No estamos de acuerdo con el planteamiento inicial de este libro acerca de que el médico debe «interpretar un papel», pero sin embargo el contenido es interesante y hace más honor al título que al primer capítulo.