

La relación médico-paciente-familia en Oncología

The doctor-patient-family relationship in Oncology

Cintha Elizabeth Arzate-Mireles,¹ Francisco Javier Ochoa-Carrillo,² Salvador Alvarado-Aguilar.²

▷ RESUMEN

Se llevó a cabo una revisión de la literatura al respecto de la definición, modelos e importancia de la relación médico-paciente-familia en padecimientos oncológicos. La relación médico-paciente-familia juega un papel muy importante en la facilitación u obstaculización de la adaptación a la enfermedad. Existen cuatro modelos principales de relación médico-paciente. Así como, algunos elementos básicos en la comunicación que determinan el tipo de relación que se establezca entre el profesional de la salud, el paciente y la familia. Asimismo, se presenta un modelo de relación triangular, en la que también participa la familia.

Palabras clave: Cáncer, relación médico-paciente-familia, México.

▷ ABSTRACT

A revision of the literature of the definition, models and importance of the relation was carried out on the matter doctor-patient-family in oncology sufferings. The doctor-patient-family relation plays a very important role in the facilitation or blocking of the adaptation the disease. Four main models of relation exist doctor-patient. As well as, some basic elements in the communication that determines the type of relation that settles down between the professional of the health, the patient and the family. Also, a model of triangular relation appears, in which also the family participates.

Keywords: Cancer, doctor-patient-family relationship, Mexico.

1 Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. México D.F., México.

2 Servicio de Psicooncología, Instituto Nacional de Cancerología. México D.F., México.

Correspondencia: Cintha Elizabeth Arzate Mireles. Av. San Fernando N° 22, Colonia Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080. México D.F., México. Teléfono: 5628 0400, ext. 251. *Correo electrónico:* cinthya.am@hotmail.com

“El tratamiento de una enfermedad debe ser totalmente impersonal, y el cuidado del paciente totalmente personal” (Sánchez, 2002)¹

▷ INTRODUCCIÓN

Actualmente, uno de los problemas más graves de los países en desarrollo es el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas, tales como el SIDA, la diabetes, la hipertensión, el cáncer, etc. Ésta última, considerada desde hace décadas, como un problema de salud a nivel mundial;² además de ser un padecimiento para el cual las medidas de prevención y procesos de tratamiento, no han resultado lo satisfactorio que sería deseable. De ahí la importancia de centrar nuestra atención en una enfermedad como el cáncer. Así como, desarrollar métodos que incrementen la prevención de la enfermedad y la eficacia de los tratamientos ya existentes. Mismos que permitan una mejor vigilancia y, en su caso, cuidado del padecimiento; con el propósito de mejorar la calidad de vida y/o aumentar los índices de sobrevivencia.

▷ DESARROLLO

El término “cáncer” proviene de *carcinos*, que significa cangrejo, el cual Hipócrates utilizó para designar los procesos neoplásicos que, a simple vista, se presentan como formaciones dotadas de prolongaciones o patas, que al igual que un cangrejo, hacen presa de los tejidos que invaden. El cáncer es la proliferación anormal de células, en la cual el sistema de división celular se altera y se desencadena una división incontrolada, que da lugar al crecimiento de una masa o neoplasia llamada “tumor”.³

Al revisar las estadísticas, las cifras resultan alarmantes, puesto que en 2002 se diagnosticaron 10 864 499 casos de cáncer a nivel mundial; siendo el cáncer de pulmón el más frecuente con 1 352 321 casos. Las muertes reportadas fueron 1 179 074 casos. Por otro lado, el cáncer de mama es el más frecuente en mujeres a nivel mundial con 1 152 161 casos; reportando 411 093 muertes.⁴

De acuerdo con el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM), en México durante el 2003, se presentaron 110 094 casos totales de cáncer. Para los hombres 38 193 casos (35%) y para las mujeres 71 091 casos (65%).⁵

En México, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud, reporta al cáncer cervicouterino, mama, pulmón y estómago, como los cánceres que generan mayor mortalidad en el país. La información disponible señala un incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer en la población

mexicana, afectando cada vez a mayor número de jóvenes. Entre 1922 y 2001, la proporción de muertes por cáncer en México pasó de 0.6% a 13.1% de las defunciones totales, ocurridas por todas las causas y en toda la población.⁶ Desde 1990 el cáncer ya ocupaba el segundo lugar como causa de muerte en el país, provocando 55 731 defunciones, 52% y 48% para mujeres y hombres, respectivamente.⁷

Con base en la información anterior, es posible observar que el cáncer desde hace mucho tiempo ha causado un gran impacto en la salud de la población mundial. Sin embargo, es importante tomar en cuenta que la OMS define la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”.² Así, el cáncer no sólo afecta la salud física, sino también la salud mental y social de la persona.

Al respecto de la salud mental, ante el diagnóstico de cáncer suele generarse una reacción de shock, incredulidad y ansiedad muy intensa en la que se involucran una serie de respuestas emocionales como sentimientos de profunda tristeza, una expectativa de vida con dolor, disforia, anhedonia, trastornos del sueño, cambios en el apetito, fatiga, lentitud y/o agitación psicomotora, baja autoestima, sensación de culpa, dificultad para concentrarse, dificultad para tomar decisiones y pensamientos e ideación suicida.⁸

La experiencia clínica nos muestra que el diagnóstico de cáncer, tratamiento y controles posteriores, suelen afectar en distinto grado la calidad de vida y el bienestar psicológico del paciente y su familia (tanto física como emocional y socialmente). El diagnóstico de cáncer es descrito por los pacientes, como un proceso largo, doloroso y muy difícil de vivir.

Pese a que actualmente las enfermedades crónico-degenerativas, como lo es el cáncer, ocupan los primeros lugares en las estadísticas de morbilidad en México y el mundo; existe un trabajo multi, inter y transdisciplinario en el ámbito hospitalario. El cual permite decir, que en muchos de los casos el diagnóstico de cáncer no es una sentencia de muerte.

Dicho trabajo consiste en la labor de distintos especialistas como lo son médicos oncólogos, cirujanos oncólogos, patólogos, enfermeras, radiooncólogos, psicooncólogos, psiquiatras, nutriólogos, trabajadoras sociales, voluntariado, etc. Todos y cada uno de ellos realizando las tareas que competen a su área de formación, siempre dirigidas a lograr el bienestar físico, emocional y social del paciente con cáncer. Es decir, cada uno de ellos, tiene como objetivo principal el de contribuir con el éxito del tratamiento, ya sea de curación o paliación. De esta manera, el quehacer de cada uno es calificado como de

enorme valor en el trabajo en equipo. Sin embargo, en esta ocasión consideramos una tarea relevante, revisar la importancia de la relación médico-paciente-familia en padecimientos oncológicos.

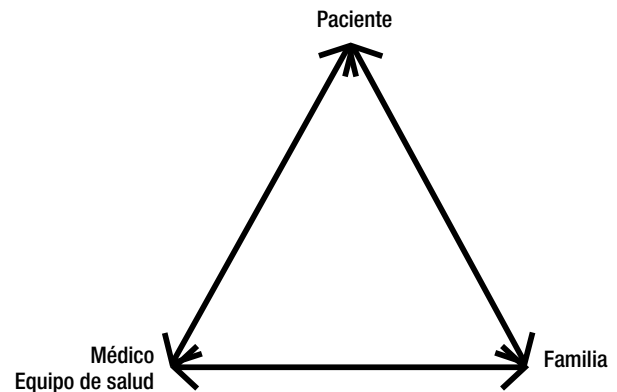
Cuando un enfermo llega a un centro oncológico, se ponen en juego una gran cantidad de variables, desde proporcionar o no el servicio al paciente que lo solicita, asignar un nivel adecuado para el cobro de los servicios prestados, dar un diagnóstico certero o corroborar el ya existente, determinar el tratamiento ideal, apoyarlo en la adquisición de los medicamentos para la aplicación del tratamiento, hasta ayudarlo a encontrar un lugar para que pase la noche o algo que pueda comer, etc. En cada una de estas tareas cada miembro del equipo de salud, participa de modo activo con el fin de proporcionar al paciente una atención integral para su curación o paliación, según sea el caso, siempre procurando la calidad de vida. Sin embargo, un factor clave pero descuidado es el vínculo que se establece con el paciente y la familia a lo largo del proceso salud-enfermedad, refiriéndonos a la interacción entre el médico, el paciente y la familia.

El tipo de relación que se establece entre ellos, influye de manera importante en cada uno. Respecto al médico, se verá reflejado en la satisfacción que éste pueda tener tanto profesional como personalmente. Respecto del paciente y la familia, el estado emocional y forma en que enfrenten la enfermedad, se determinará en gran medida con base en la forma de interacción con el médico. Pues este último, brinda una guía al enfermo y su familia sobre la evolución física respecto de la enfermedad.

La relación médico-paciente-familia es una avenida tridireccional basada en la ética y la confianza, cuyo objetivo principal es concentrarse en el paciente, de ahí que este ocupa la punta superior de la triada (**Figura 1**), apoyándose en el equipo de salud y la familia. Hoy en día, se considera que la mejor relación médico-paciente-familia es aquella enfocada en el enfermo. La atención centrada en el paciente debe ser congruente con y sensible a las necesidades y preferencias del paciente. De esta manera, se reconoce al paciente como una persona autónoma, capaz de decidir cómo quiere vivir el proceso de enfermedad y en su caso, el de morir.

Es importante fomentar una relación médico-paciente-familia en la cual exista la confidencialidad, entendimiento, comprensión del otro y coparticipación emocional, que sólo termina cuando el paciente se alivia o muere, reconociendo la dignidad del enfermo, tratándolo en su totalidad, respetando su libertad de elección y fomentando su participación, lo cual permitirá una mejor identificación del problema; por lo tanto, el tratamiento tendrá mejores resultados. Puesto que sólo cuando el

Figura 1.
Modelo relación médico-paciente-familia.



paciente y la familia estén convencidos de que el médico los ha escuchado y comprendido, creerán en él.

De acuerdo con la experiencia clínica, el paciente con cáncer considera la relación con el médico como un factor muy importante en la facilitación u obstaculización de la adaptación a la enfermedad. Sin embargo, a pesar del valor de la relación no sólo para el paciente sino también para la familia, lamentablemente día a día es posible observar distintas dificultades entre el médico y el paciente y/o la familia, lo cual entorpece la comunicación entre ellos.

Por ejemplo, es común observar que el paciente y/o la familia no entiende o no recuerda la información que el médico le proporciona durante la consulta. Esto puede deberse a distintas razones, que a continuación se enumeran: 1) el médico continúa empleando términos técnicos en sus explicaciones, lo cual dificulta la comprensión de la información, 2) el enfermo de cáncer, en general, y mayormente al principio del proceso de enfermedad, se encuentra bajo una situación de crisis en la cual humanamente, no es posible asimilar fácilmente la información y en muchas ocasiones esto no es tomado en cuenta y, 3) existe una carencia de componentes básicos de la comunicación como lo son: contacto visual, tono de voz adecuado, un saludo, guardar silencio, respeto y honestidad, escucha activa, establecimiento de una atmósfera de confianza y seguridad, etc. Y si a esto, agregamos el tiempo tan limitado para la atención de cada paciente, la relación médico-paciente-familia puede verse seriamente afectada. Consecuencias como sensación de abandono y desamparo, pueden ser experimentadas por el paciente y la familia, quienes de principio creen se ha dictado una sentencia de muerte.

Ante esta dificultad, se corre el riesgo de no establecer un vínculo sólido de forma significativa, lo que a su vez ocasiona que se mantengan creencias disfuncionales en torno al cáncer y su tratamiento. Mismas que entorpecerán el trabajo del médico y del equipo de salud en general, pues dichas creencias erróneas provocarán dolor y sufrimiento innecesario en el enfermo, incluyendo a la familia.

Así pues, consideramos oportuno hacer referencia a lo que distintos autores plantean sobre la relación médico-paciente-familia.

García (1999), refiere que la relación médico-paciente es la punta de entrada para la realización de la historia clínica, y la oportunidad más importante que tiene el médico para conocer el padecimiento de su paciente. Conviene que en esta interacción exista una conexión real entre médico y paciente, de tal forma que puedan comunicarse sentimientos y pensamientos, no sólo derivados de la afección orgánica sino también del malestar o indisposición por conflictos emocionales, laborales y socioculturales.⁹

Lifschitz (2000), menciona que la relación médico-paciente es el evento crítico de la medicina clínica, del que depende el resto del acto médico.¹⁰

Por su lado Sánchez y colaboradores (2002), la consideran como una de las relaciones humanas 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. Es una interacción entre personas, que tiene su origen en el quehacer clínico y constituye el núcleo fundamental de la medicina. Desde el punto de vista legal, es un contrato generalmente no escrito sustentado entre personas autónomas, que son libres de iniciar o romper esta relación en la medida en que el paciente no sea abandonado.¹

Girón y colaboradores (2002), plantean que la relación médico-paciente es un elemento fundamental en la práctica médica, porque gran parte del diagnóstico está basado en la anamnesis y depende de lo que informen al médico. Si el paciente no ve un médico receptivo, que le escucha, que le atiende, le contará menos, con lo cual el médico correrá el riesgo de enterarse menos todavía.¹¹

Almanza (2003), refiere que la relación médico-paciente es un vínculo basado en una atmósfera de respeto mutuo y confianza. Se espera que el médico sea capaz de comprender la dimensión humana del enfermo y sus circunstancias.¹²

Por otra parte, Fernández del Castillo (2004) comenta que el médico tiene que ser verdadero amigo de sus pacientes y entre amigos que se estiman, se platica la verdad sin hacer daño, entre amigos las malas noticias se

dan con respeto y amor. El médico amigo brinda la seguridad de que no abandonará al enfermo, sin importar su evolución.¹³

Méndez (2004) señala que la relación médico-paciente es la interacción que se establece con empatía y comunicación, en la cual es recomendable verbalizar los miedos e ideas sobre la enfermedad y tratamiento; así como comprender la información para que la propuesta de tratamiento tenga un buen inicio, y disminuya la posibilidad de abandonarlo. Se ha demostrado que contar con información es una de las mejores formas para disminuir la ansiedad, que provoca un diagnóstico de cáncer.¹⁴

Santoyo (2006), la refiere como la piedra angular de la práctica médica junto con la exploración física de un paciente. Es la capacidad del paciente y la familia de exponer detalladamente la causa que motivó la consulta y, por otra parte, el arte del médico para obtener la información necesaria y llegar junto con la exploración física a un diagnóstico certero, para posteriormente iniciar un tratamiento adecuado.¹⁵

Sánchez (2007), la menciona como la interacción que se establece entre el médico y el paciente con el fin de devolverle a éste la salud, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad.¹⁶

Lamentablemente, en la mayoría de los casos actualmente la relación médico-paciente-familia se vive como una relación de dominio, en la cual hay despersonalización, falta de comunicación, manipulación y trato deshumanizado, a lo que se une la burocratización y tecnificación de la medicina.

Se ha perdido de vista el antiguo pilar del comportamiento profesional médico, derivado de la ética Hipocrática, “curar a veces, mejorar frecuentemente, pero consolar siempre”.¹

Sin embargo, por otro lado la actual revolución de información nos ha llevado de un modelo en el que la relación era dominada por el médico, con el enfermo en una actitud pasiva hasta un modelo de relación más activo, de participación conjunta. Ahora, también es el paciente quien decide después de que el médico le ha explicado las distintas opciones.

El poeta y escritor Álvaro Mutis, refiere “mientras que el médico no sea mi amigo, y no esté a mi lado, y no juegue conmigo el arduo y bastante dudoso juego de la vida, no hay relación posible, y estoy casi seguro de que no me podrá curar. En cambio, si se crea esa complicidad, yo comienzo a curarme, y creo que todos lo pacientes comenzamos a curarnos”.¹

Al revisar la literatura, se plantean los siguientes modelos de relación médico-paciente. Sánchez (2002)¹ y Ordóñez y Lacasta (2005),¹⁷ refieren cuatro modelos

principales de relación médico-paciente, como los aceptados en la actualidad:

1. **Modelo Paternalista o Instrumental.** Es el clásico modelo de relación, en el cual se considera al enfermo como un ser frágil e inmaduro al que se debe guiar. El médico activamente selecciona la intervención que le permita cumplir con su objetivo, sin considerar en lo absoluto las preferencias del paciente, el médico toma la decisión terapéutica al objetivar los valores y decidir por el enfermo. El paciente no interviene.
2. **Modelo Informativo.** También llamado método científico, técnico o del “consumidor-usuario”. El experto (médico) informa sobre diversas técnicas diagnósticas y terapéuticas, observa regularmente los valores del paciente pero no decide por él.
3. **Modelo Interpretativo.** Se proporciona información, opciones y consecuencias. Se ayuda al paciente a aclarar y articular sus valores, se recomienda el tratamiento en relación con éstos. Su papel es meramente consultivo. El paciente decide en función de los valores interpretados.
4. **Modelo Deliberativo, Participativo o Colaborativo.** Se discuten y desarrollan valores con el paciente, se le ayuda a elegir entre determinados valores relacionados con la salud. Se emplea la persuasión moral pero no la manipulación. Se recomiendan tratamientos respetando los valores, y se coadyuva al paciente en la selección adecuada del plan médico a seguir. La decisión la toma el paciente, con base en la información recibida. El médico y el enfermo dilucidan, pero el paciente decide, desarrolla e identifica a través de una discusión en colaboración con su médico, las mejores alternativas para él.

La relación con el paciente debe basarse en la confianza, respeto, conocimiento mutuo y reconocimiento de las ventajas, que para ambos supone trabajar de forma colaborativa, pues esto permitirá dar un diagnóstico y tratamiento precisos. El médico aporta sus conocimientos técnicos y el paciente su propia experiencia. De acuerdo con Louro (2000), el paciente considera el trato recibido por el médico como lo que más le importa, éste se relaciona con el tiempo disponible y con las habilidades de comunicación que tenga el médico.

Para Pérez Tamayo (1997), la profilaxis, la terapéutica y la lucha contra las muertes evitables o prematuras, no agotan todo lo que la medicina es; falta la manera o estilo como los médicos realizan tales acciones.¹⁹

Girón y colaboradores (2002), refieren que los pacientes valoran de forma positiva en la relación con el

médico, que este muestre motivación, interés por él, calidad humana, trabajo en equipo, que conozca y tome en cuenta el contexto personal y familiar, que realice un seguimiento del tratamiento, que sea empático, inspire confianza, establezca una relación y un trato personal, que pida la opinión, que mire, que escuche, que sea eficiente sobre los problemas de salud, que no retenga en exceso antes de derivar al especialista, que explore, que informe, que mantenga una continuidad en el seguimiento de los problemas, que sea accesible, que tenga conocimientos, que no utilice a los médicos residentes o a los sustitutos. Valoran de forma negativa que no mire, que ante un problema informe poco y derive al especialista, que muestre prisa o recete con rapidez.¹¹

Sánchez (2007), refiere que los elementos que facilitan al médico una buena relación médico-paciente son: conocimientos médicos sólidos, autoconfianza fundada en la competencia, control emocional, cordialidad, empatía y flexibilidad, lo que actualmente se ha descrito como “Medicina Asertiva”.¹⁶

Ordoñez y Lacasta (2005), sugieren el modelo deliberativo (participativo o colaborativo) como el más adecuado. El tipo de relación que se establezca es un proceso que determinan el médico, el paciente y la familia. No todos los pacientes optan por el mismo modelo, o en algún momento pueden desear un cambio según las circunstancias en la evolución de la enfermedad. En esos casos, el profesional de la salud tiene que adaptarse a los requerimientos del paciente.¹⁷ El médico debe tener la capacidad y responsabilidad de adoptar un estilo para cada tipo de paciente en particular. Pues ocurren factores psicológicos, familiares, sociales y ambientales diferentes, que requieren de una relación médico-paciente-familia individualizada.²⁰

A pesar de la creciente sofisticación del proceso diagnóstico y terapéutico, la comunicación continúa siendo la herramienta primaria e indispensable, con la cual médicos y enfermos intercambian información (entrevista médica) y toman decisiones médicas, para lo cual es preciso crear una adecuada relación médico-paciente-familia.

El intercambio de información y la toma de decisiones médicas son los principales propósitos de la relación médico-paciente. Lo cual es favorecido si existen elementos como: empatía, comprensión, interés genuino, deseo de ayuda, actitudes libres de prejuicio, orientación social y buen humor; para conseguir un ambiente de comodidad y confort emocional, en el cual el paciente y la familia aportarán el conocimiento de la enfermedad en términos de síntomas, preocupaciones y preferencias, y el médico actuará según su conocimiento formal,

experiencia clínica y capacidades humanas. En este sentido, el intercambio exitoso de información estriba no sólo en identificar aquello que el paciente necesita o debe saber, informarlo apropiadamente y reasegurarse de que haya sido comprendido, sino confirmar que la persona a su vez “se haya sentido” comprendida, lo cual, de acuerdo con Almanza y colaboradores (1999) exige trabajar en dos polos:

1. El de la curación o instrumental, centrado en la tarea y,
2. El del cuidado o afectivo, centrado en la dimensión socio-emocional. Pues el enfermo no sólo espera ser curado, sino también ser comprendido.

Es importante tener en cuenta, que en la relación médico-paciente, puede haber sentimientos tanto de confianza, frustración, respeto, temor, preocupación, inquietud, fatiga, etc., tanto del médico como del paciente. Por ello, es fundamental adoptar una actitud objetiva frente a dichos fenómenos, la cual se logrará en la medida en que se reconozcan apropiadamente.²¹ Muchas veces es de gran utilidad acudir con especialistas que nos ayuden a conectarnos con esas emociones y sentimientos, pero sobretodo saber qué hacer con ello.

El papel del médico suele confundirse con llevar a cabo un interrogatorio impersonal y frío, donde el médico sólo obtiene respuesta a sus preguntas. La buena clínica exige el conocimiento de la enfermedad y del padecer, es decir, a la persona enferma, considerada como entidad biopsicosocial. En otras palabras, es fundamental conocer al ser humano que se encuentra detrás de los síntomas y signos.¹⁶ Pire y colaboradores (2001) puntualizan que en todo momento, el profesional deberá lograr que el paciente se sienta alentado a tener esperanzas, acompañado y protegido.²²

De esta manera, el rol del médico determinado por Sánchez (2002),¹ Louro (2000)¹⁸ y Donovan (2000),²³ es el de ser y estar disponible y preparado (en la curación o paliación y cuidado afectivo) como:

- Persona preparada en su campo de acción, que conozca los síntomas físicos, costumbres y perspectivas acerca de la salud.
- Persona con sentido común basado en la evidencia científica y experiencia clínica.
- Persona preparada para dar información al paciente a cualquier grado en que él desee ser informado (diagnóstico, pasos a seguir, tratamiento, pronóstico, riesgos, alternativas terapéuticas y precauciones).
- Fuente de información honesta, útil, clara, sencilla, actualizada y comprensible.

- Apoyo para evaluar la calidad de la información, para distinguir entre información correcta e incorrecta.
- Persona accesible, ya sea telefónicamente o vía *e-mail*.
- Fuente de apoyo y ánimo continuos, dejando saber que el dolor, la ira, la preocupación, el estrés y la desesperación son normales, y pueden expresarse con confianza en su presencia.
- Persona que escuchará, comprenderá lo que están tratando de explicarle, estimulará preguntas y alentará una esperanza genuina de que aún se puede tener una vida plena y valiosa.
- Persona capaz de explorar alternativas con el paciente en una atmósfera de seguridad y confianza mutua.
- Persona comprometida para tratar al paciente desde el principio hasta el fin, aún cuando la cura no sea probable.
- Persona comprometida e interesada en conocer el problema del paciente, el significado que da a la enfermedad, lo que el paciente sabe, averiguar si el paciente o la familia tienen conceptos erróneos acerca de la enfermedad o situación.
- Persona a quien su competencia profesional puede ser desafiada.
- Persona que no tiene todas las respuestas.
- Persona sensible a las necesidades particulares de cada paciente o situación.

Donovan (2000)²³ y CONAMED (2007),²⁴ plantean que el rol del paciente es:

- Conocer su propia historia médica incluyendo medicamentos tomados.
- Responder con sinceridad las preguntas del médico.
- Comunicar al médico todas las molestias e información personal, que se relacione con el malestar.
- Asistir a todas sus citas o avisar a aquellos involucrados si no puede hacerlo.
- Acatar el tratamiento indicado por el médico. Llevar a cabo las recomendaciones, lo más cercanamente posible a las instrucciones.
- Informar al médico si está recibiendo otro tipo de tratamiento. Así como, cualquier tipo de medicamento o remedio para cuidar su salud.
- Conducirse de manera que no interfiera con el bienestar o los derechos de otros pacientes o personal del hospital.
- Conducirse hacia el equipo de salud con respeto, honestidad y confianza.
- Mantener una comunicación constante con el médico tratante y equipo de salud en general; plantear dudas e inquietudes. Uno de los fundamentos de una relación médico-paciente efectiva es la comunicación.

- Tomar un papel activo en la toma de decisiones y tratamiento.
- Comunicar y buscar apoyo en la familia.
- Tener claridad respecto a lo que tendrá que hacer para cuidar su salud.
- Leer con cuidado las recetas que el médico le expida.
- Contar con información acerca de la enfermedad, tratamiento, pronóstico, síntomas secundarios, precauciones, etc. En la medida en que lo considere necesario.
- Otorgar por escrito su consentimiento o negativa para que le realicen cualquier procedimiento quirúrgico, ingreso hospitalario, procedimientos de cirugía mayor, procedimientos que requieren anestesia general, participar en una investigación clínica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, que el médico considere de alto riesgo, etc.
- Cumplir los acuerdos a los que llegó con el médico.
- Confiar en el equipo de salud. La relación con su médico se debe basar en la confianza mutua.
- No modificar las indicaciones del tratamiento establecido sin consultar al médico.
- Pedir ser acompañado de un familiar, que le apoye durante el proceso.

Debido a la disponibilidad de información, a una sociedad más activa y demandante, el paciente está mejor informado y está cambiando de actitud; de la pasividad a la actividad responsable. El paciente debe participar activamente, preguntando, informándose, tomando decisiones.¹⁸

Al revisar la literatura, se presenta en su mayoría lo que respecta a la relación entre el médico y el paciente, sin embargo, creemos muy importante, tomar en cuenta a la familia, pues juega un rol clave en esta dinámica.

Santoyo (2006),¹⁵ refiere el papel de la familia es de suma importancia, debido a que es la familia, quién mejor conoce al enfermo y cuenta con información muy valiosa para la mejor atención del paciente. Su rol consiste en:

- Comunicar al equipo de salud la mayor cantidad de información posible sobre su enfermo.
- Preguntar sobre la condición de su enfermo, así como realizar los trámites necesarios para la atención del paciente.
- Pedir de forma cortés la explicación de términos médicos que no entiendan, o simplemente pedir que le repitan la información que no quedó clara.
- Ser pacientes, confiar en el médico. Dar la oportunidad al médico de establecer un diagnóstico y tratamiento.

- Identificar a su médico tratante y, en la medida de lo posible pedir que sea él quién les proporcione la información.
- No buscar información de muchas fuentes, ya que puede haber contradicciones, lo que genera incertidumbre.
- Mantener una comunicación constante con el médico tratante y equipo de salud en general, por ejemplo, si existe mala evolución, no se ve mejoría del paciente, o si notan cambios importantes.
- Responsabilizarse sobre su enfermo, siempre deberá existir un familiar responsable, quién será el único encargado de otorgar y recibir información de la condición del paciente y éste a su vez informará a la familia.
- Recordar que el trabajo del médico es ayudarlo, ayudarlo beneficiará al paciente.
- Llevar a cabo lo más apegado posible, las indicaciones del médico.
- Mantener en casa los cuidados necesarios y adecuados para contribuir con el tratamiento médico y bienestar del enfermo.

▷ CONCLUSIONES

Es claro, que apoyarse en el médico ayudará al paciente y su familia a distinguir la información de calidad, lo cual se verá reflejado en la toma de mejores decisiones. Sin embargo, para cubrir este aspecto tan básico y objetivo central de la relación médico-paciente-familia, existen algunos aspectos importantes a considerar por el equipo de salud, que sin ellos, es muy difícil promover una comunicación efectiva, por lo tanto una relación significativa.

Es importante, tener en cuenta que es responsabilidad del equipo de salud fomentar la creación de una relación médico-paciente-familia adecuada y significativa.

Para finalizar, queremos puntualizar algunas situaciones, que creemos es importante tomar en cuenta, pues podrían afectar la interacción que establecemos con el paciente y la familia:

- Actualmente, los pacientes cuentan con otros medios de información, lo cual les permite cuestionar los conocimientos y demandar mayor calidad en el trato que reciben.
- Permanecen distintas deficiencias en el estilo de comunicación con el paciente y la familia, así como, con el médico o equipo de salud.
- La gran diversidad en idiomas, lenguas, creencias, culturas, tradiciones, etc., puede dificultar la relación, si no son manejadas adecuadamente.

- Todavía, permanecen creencias erróneas o mitos alrededor del cáncer (causas, tratamiento, pronóstico, curas milagrosas, etc.).
- El impacto emocional muy intenso, en la mayoría de los casos, en el que se ven envueltos el paciente y la familia, impide entablar en muchas ocasiones una comunicación efectiva con el equipo de salud. De ahí, la necesidad de contar con el apoyo de psicooncólogos y psiquiatras, especialistas en la regulación y tratamiento del estado emocional y mental de los pacientes y familia.
- La gran demanda y falta de recursos en la atención de la población enferma.
- El desgaste físico y emocional de los profesionales de la salud, pero sobre todo la no atención a la problemática que pueda estar presentada en ellos, tanto a nivel personal como profesional.

Asimismo, creemos es indispensable contar con un entrenamiento en habilidades de interacción y relación como parte importante de la preparación profesional, en el ámbito de la salud. Puesto que el intercambio de información y la toma de decisiones médicas son los principales propósitos de la relación médico-paciente-familia. Evans y colaboradores (1991)²⁵ encontraron que después de tomar parte en un curso de habilidades de comunicación, los estudiantes de medicina fueron más competentes para detectar y responder apropiadamente a las sugerencias verbales y no verbales de los pacientes, y fueron capaces de obtener información más relevante de sus pacientes, lo cual les permitió diagnosticar de forma más eficiente.

REFERENCIAS

1. Sánchez GJM, Rivera CAE, Hernández GLE, et al. La Relación médico-paciente y la comunicación deben estar asociados a la Ética Médica. *Revista Calimed* 2002;8(1):21-27.
2. Consultado el 17 de enero de 2013. <http://www.who.int/>
3. Amigo VI, Fernández RC, Pérez AM. *Cáncer. Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Ediciones Pirámide; 1998. p. 179-195.
4. Farin K. Patterns of Cancer Incidence, Mortality, and Prevalence Across Five Continents: Defining Priorities to Reduce Cancer Disparities in Different Geographic Regions of the World. *Journal of Clinical Oncology* 2006;24:2137-2150.
5. Consultado el 17 de enero de 2013. <http://www.dgepi.salud.gob.mx>
6. Consultado el 17 de enero de 2013. <http://www.dgepi.salud.gob.mx>
7. Pérez TR. El cáncer en México. México: El Colegio Nacional; 2003. p. 245.
8. McDaniel J, Musselman DL, Porter MR, et al. Depression in Patients with Cancer: Diagnosis, Biology, and Treatment News and Views. *Arch Gen Psychiatry* 1995;5:89-99.
9. García VJL. Relación médico-paciente en un modelo de comunicación humana. *Rev med IMSS* 1999;37(3):213-220.
10. Lifshitz A. La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica. México: Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Medicina/IMSS; 2000. p. 105.
11. Girón M, Begoña B, Medina E, et al. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. *Rev Esp Salud Pública* 2002;76:561-575.
12. Almanza MJJ. La comunicación de las malas noticias en la práctica médica. *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría* 2003;36(4):165-176.
13. Fernández del Castillo SC. Relación Médico-paciente con cáncer. *Revista CONAMED* 2004;9(1):8-11.
14. Méndez VJ. Psico-Oncología pediátrica: un modelo de intervención cognitivo-conductual en niños con cáncer. *Medicina Conductual en México*, Tomo I. México: Miguel Ángel Porrúa; 2004. p. 265-294.
15. Consultado el 17 de enero de 2013. <http://www.mipediatra.com/infantil/medico-paciente.htm>
16. Sánchez GJ. La Relación Médico-Paciente. Algunos factores asociados que la afectan. *Rev CONAMED* 2007;12(1):20-28.
17. Ordóñez GA, Lacasta RMA. Cómo dar malas noticias. *Diálogo terapéutico y preguntas difíciles*. Madrid: Manual SEOM de Cuidados Continuos; 2005. p. 653-662.
18. Consultado el 17 de enero de 2013. www.fisterra.com/human/7medico/medi_pac.asp
19. Pérez TR. De la magia primitiva a la medicina moderna. México: Fondo de Cultura Económica; 1997. p. 12.
20. Ramiro RJ. La relación médico-paciente: ¿una necesidad olvidada? *Rev Ginecol Obstet Mex* 2006;74:429-434.
21. Almanza MJJ, Holland JC. La comunicación de las malas noticias en la relación médico-paciente. III. Guía clínica práctica basada en evidencia. *Revista de Sanidad Militar* 1999;53(3):220-224.
22. Pire ST, Grau AJ, Llantá AMC. La información médica al paciente oncológico. *Revista Cubana de Oncología* 2001;17(2):105-110.
23. Donovan K, Premi JN. La comunicación de malas noticias. México: Miguel Ángel Porrúa; 2000. p. 21, 22, 28.
24. Comisión nacional de arbitraje médico. Recomendaciones generales dirigidas a los pacientes para mejorar la relación con su médico durante la consulta. *Revista Conamed* 2007;12(3):26-29.
25. Evans BJ, Standley RO, Mestrovic R, et al. Effects of communication skills training on students' diagnostic efficiency. *Medical Education* 1991;25:517-526.