
Reflexiones sobre las actitudes del médico en la consulta de pacientes con enfermedades de transmisión sexual

FEDERICO DÍAZ

INTRODUCCIÓN

Hablar de las actitudes que se deben adoptar en la consulta de los pacientes con enfermedades de transmisión sexual (ETS) puede crear la falsa impresión de que estas personas deberían ser atendidas en forma diferente a cualquiera otra; en realidad no debe ser así; al contrario: Todo paciente merece una atención humanizada y científica; sencillamente, la consulta de ETS se puede tomar como paradigma y las pautas que se propondrán debieran aplicarse en cualquier consulta médica.

La actual es en Colombia una época del ejercicio profesional caracterizada, entre muchas otras cosas, por la ampliación de la cobertura; al menos teóricamente, vastos sectores de la población tienen acceso a servicios antes inalcanzables; este logro, aunque loable, se ha conseguido en gran medida a expensas de los médicos: Hay trabajo para muchos de ellos, es verdad, pero mal remunerado y el galeno debe cumplir con un cierto número de consultas por hora lo que lo obliga a atender apresuradamente a sus pacientes; tal vez, también, los atenderá desmotivadamente porque su trabajo ya no es tan valorado como antes. Cabe entonces preguntarse si en esas condiciones puede el médico

hacer una consulta verdaderamente humanizada y que tenga en cuenta los requisitos modernos del servicio.

EL CONCEPTO DE LA CALIDAD DEL SERVICIO

La propuesta de adoptar determinadas actitudes en la consulta de ETS, y por extensión en la de cualquier otro paciente, se relaciona con el concepto de «Servicio» que está hoy tan en boga; a la luz de ese concepto, según Alzate (1) «las relaciones o interacciones humanas son más importantes que los productos físicos. En el caso de los servicios de salud lo que realmente pesa más para el paciente no son el equipo, su marca, su tamaño, su capacidad, sino el trato humano que el personal de la salud y especialmente los médicos le brinden». El lector estará de acuerdo en que nada se hace por la satisfacción del paciente, aunque se disponga de los aparatos más avanzados, si ni siquiera se tiene la gentileza de saludarlo y transmitirle calor humano desde el momento de su llegada.

DOCTOR FEDERICO DÍAZ GONZÁLEZ, Profesor Honorario de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

«Cuando la gente compra cosas compra, además, **expectativas** y esto es mucho más cierto en el área de la salud. En ésta el principal producto es el servicio y tiene características muy importantes que deben conducirnos a reflexionar acerca de cómo estamos atendiendo a nuestros pacientes; recordemos que el servicio se produce en el instante de prestarlo; que es intangible y sólo deja sensaciones positivas o negativas; que es una experiencia personal e intransferible y que es difícil hacerlo olvidar cuando se presta mal; que siempre requiere interacción humana y que al dar servicios de salud es difícil interpretar las expectativas del paciente y más fácil que haya insatisfacción porque hay más contacto interhumano» (1).

NUESTRAS ACTITUDES NEGATIVAS

Quienes ofrecen atención en salud pueden cometer, con sus actitudes negativas, diversos pecados contra la calidad del servicio; ellos son, según Alzate (1):

1. La **apatía** cuando el médico no muestra interés por explicarle al paciente la enfermedad y su tratamiento.

2. El **desaire** cuando tratamos de deshacernos del paciente no prestándole atención a su necesidad o problema.

3. La **frialdad** que se manifiesta por sequedad, casi hostilidad, ciñéndose estrictamente a lo que hay que hacer para resolver el problema.

4. El **aire de superioridad** que adoptamos ante nuestros pacientes.

5. El **robotismo** o ausencia total de expresión de respeto por la individualidad del paciente.

6. La «**reglamentitis**» que pone las normas por encima del paciente sin permitir excepciones ni que el trabajador de la salud ponga en juego su sentido común.

7. Las **evasivas** para no enfrentar la verdad de lo sucedido en la prestación del servicio y no decirselo al paciente.

MOTIVACIÓN PARA LAS ACTITUDES POSITIVAS

Situados ya en este contexto de la **calidad del servicio** cabe introducir con una cita de Villegas

(2) el tema de las actitudes propiamente dichas que permiten prestarlo bien; dice así: «El afecto, los sentimientos, el amor, la sexualidad, el placer y la ternura también están presentes en las enfermedades de transmisión sexual. El manejo inadecuado de algunos comportamientos desencadena crisis y da cuenta de nuestra irresponsabilidad pero detrás de esto hay un ser humano que necesita apoyo y comprensión para no dañarse más a sí mismo ni seguir dañando a los demás» (2).

La atención de cualquier paciente, independientemente de la índole de su enfermedad, plantea al médico el reto de brindarle un servicio humanizado, que no se limite a prescribir medicamentos sino que tenga en cuenta las necesidades emocionales del paciente y su ansia de recibir información en forma asequible; éstas son particularmente importantes en el campo de las ETS porque comprometen los genitales, involucran al menos otra persona y plantean la posibilidad de conflicto entre los valores del paciente y los del médico.

El compromiso genital crea en el paciente preocupación por el futuro de su vida sexual, temor de infectar o haber ya infectado a sus contactos e incertidumbre sobre los riesgos que correrán los hijos que pueda procrear; además, es frecuente que el paciente exprese el temor de infectar a otros miembros de su familia por mecanismos no sexuales como el uso de los inodoros, toallas, jabón y cubiertos o por expresiones de afecto como el abrazo o el beso. El médico tiene que tener tiempo, conocimientos y disposición de ánimo para aliviar estos temores y aclarar las dudas.

El hecho de que las personas con las cuales se han tenido relaciones sexuales puedan estar infectadas, genera sentimientos como el rechazo si se las considera la fuente de infección o la culpa si el paciente cree que las infectó.

Las diferentes escalas de valores del paciente y el médico pueden ser fuente de conflicto durante la consulta, de rechazo recíproco, de dificultad para crear empatía; lo anterior puede suceder en cualquier relación médico-paciente pero su probabilidad aumenta si pertenecen a generaciones distintas o, en el caso de las médicas, por su natural rechazo a

los valores machistas del enfermo, que son frecuentemente la raíz de las actitudes de riesgo.

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

El logro de una buena relación médico-paciente durante la consulta de ETS requiere de parte del primero la puesta en práctica de ciertas actitudes, a saber:

1. Escuchar atenta y simpáticamente
2. No juzgar
3. Aceptar los sentimientos propios y los del paciente
4. Ser franco pero no alarmista
5. Disipar los temores y plantear perspectivas alentadoras
6. Aceptar las propias limitaciones
7. Enfatizar los aspectos éticos de la vida sexual
8. Ser prudente frente a los conflictos de la pareja

Se considerarán seguidamente estas actitudes:

ESCUCHAR ATENTA Y SIMPÁTICAMENTE

Para Ojeda y Gómez (3) «el escuchar requiere la atención voluntaria e implica nuestra vida interior; escuchar es un hecho personal... un acto espiritual que hace comprender el eco interior propio de cada unoescuchar equivale a percibir no sólo las palabras sino también los pensamientos, el estado de ánimo, el significado personal e incluso el significado más oculto e inconsciente del mensaje....»

«Parece evidente la importancia para los enfermos de ser escuchados. En la práctica de la medicina la relación a través de la palabra está cada vez más desplazada por la tecnología. Estamos llegando a los límites de una medicina independiente de la palabra dicha o escuchada. Nuestra medicina moderna es muda....la terapia es averbal.» Una paciente decía: «Prefiero hacerme las mamografías donde el Doctor X, que por lo menos me conversa y me examina, y no en la Clínica Y donde una auxiliar me hace el examen y nunca llego ni siquiera a

conocer al médico». Un paciente con herpes genital expresaba: «Llevo 12 años sufriendo esta enfermedad y Usted es el primer médico que me escucha y me la explica.» «...los enfermos tienen la impresión de ser traicionados por aquéllos de los que esperaban ser escuchados y que, por el contrario, hacen de todo menos ejercer la escucha...Es fácil constatar sus sentimientos de desilusión y resentimiento» (3).

Pero es que «escuchar es difícil e incómodo...existe una resistencia inconsciente frente a un encuentro interpersonal percibido como una amenaza para nuestro equilibrio e integridad...la primera forma de defensa es rechazar la escucha».

El médico puede sentirse impreparado y por tanto inseguro en la consulta de ETS; puede rechazar al paciente por sus conductas de riesgo o estar en desacuerdo con sus estándares morales; puede sentirse presionado por el tiempo (situación cada vez más frecuente en la medicina moderna) o estar desmotivado hacia el ejercicio de su profesión o hacia la consulta de ETS; por cualquiera de estas razones, o por otras, no escucha atentamente al enfermo, éste queda frustrado y la consulta, aunque logre la curación en el sentido físico no rinde todos los frutos que pudiera en el plano afectivo del enfermo.

NO JUZGAR

Existe la tendencia a juzgar las actuaciones de los demás aplicando la propia escala de valores; a no ponerse en la posición del otro de modo que se pueda entender, desde su punto de vista, por qué actuó en determinada forma; en la consulta sobre ETS hay amplias oportunidades para erigirse en jueces: El homosexualismo, el bisexualismo y la promiscuidad pueden fácilmente generar rechazo del médico hacia el paciente lo que interfiere con su capacidad para dar una atención integral que no se limite a prescribir drogas.

El homosexualismo y el bisexualismo son orientaciones con causas muy complejas; pudieran incluso ser, parcialmente, debidas a cambios

genéticos que determinan diferencias orgánicas o funcionales; en nuestra cultura, permeada por el rechazo judeo-cristiano a estas orientaciones, es fácil que el médico las juzgue pecaminosas o punibles y que su actitud hacia el enfermo sea hostil lo que no favorece una relación de apoyo hacia quien sufre la enfermedad.

ACEPTAR LOS SENTIMIENTOS PROPIOS Y LOS DEL PACIENTE

Los sentimientos no tienen moralidad, es decir, no son en sí mismos buenos ni malos; son espontáneos y cambiantes como cambiantes son las situaciones que los generan; aceptar nuestros sentimientos y los del paciente facilita el establecimiento de una relación mutuamente beneficiosa; no hay que perder de vista que, según como se haya desarrollado la consulta, tanto el médico como el paciente pueden derivar de ella sentimientos de satisfacción o frustración.

En la atención de pacientes con ETS el médico puede experimentar muchos sentimientos negativos empezando por el de hostilidad si no le agrada manejar este tipo de situaciones; el de fracaso frente a los episodios recurrentes de uretritis, herpes o condiloma; el de impotencia frente a infecciones no erradicables como el herpes o la infección por papiloma virus (PVH); el de disgusto cuando el paciente vuelve a incurrir en conductas riesgosas y adquiere una nueva infección; el de rechazo al estilo de vida del paciente; el de incomodidad cuando, durante una consulta de pareja, percibe presiones para que tome partido en favor de uno de los dos en el conflicto generado por la infección o, simplemente, cuando el ambiente se torna tenso por las recriminaciones que se hace la pareja.

«El enfermo siente lo que Usted siente y cree más en lo que se le dice desde el corazón que desde la ciencia misma» (2). En la consulta, y con algunas limitaciones, puede el médico expresar al enfermo sus sentimientos negativos; también es útil darles salida en reuniones con colegas y, sobre todo, aprender a aceptarlos como normales para que no limiten la capacidad de ejercer una buena medicina.

Por otra parte, quien acude a consulta por una posible ETS soporta a su vez una pesada carga de sentimientos negativos como culpa, miedo, tristeza, indignidad, indignación, rechazo a sí mismo o a la pareja. Hay que tratar de que el paciente los verbalice y darle todo el apoyo posible dentro de las limitaciones de un profesional no especializado en salud mental; el sufrimiento se aminora si hacemos a otro partícipe de él y hallamos una escucha atenta y simpática.

SER FRANCO PERO NO ALARMISTA

Hágale saber al paciente con total sinceridad pero sin alarmismo si su infección no es erradicable y cuál es el curso que probablemente va a seguir; en los casos de herpes genital e infección por PVH, al paciente le debe quedar claro que el virus va a permanecer indefinidamente en sus tejidos y que podrá causar recurrencias pero que éstas serán manejables y, con los debidos controles, o aun sin ellos en el caso del herpes, no representarán una amenaza seria; es importante tomarse el tiempo y el trabajo necesarios para explicar lo que está sucediendo y podrá suceder; el enfermo tiene derecho a estas explicaciones sin las cuales sus temores persisten o empeoran; a los médicos nos corresponde rescatar en las instituciones de salud el respeto a un tiempo suficiente para el ejercicio digno de la profesión, lo que incluye poder ilustrar al paciente sobre su enfermedad; todo médico puede constituirse en docente frente a su paciente y utilizar para ello recursos sencillos como las explicaciones fundamentadas en esquemas; la patogénesis del herpes se presta mucho para este ejercicio; cuando el paciente logra entender cómo penetró el virus, por dónde viajó al sistema nervioso, en qué forma está latente en la neurona y por qué permanecerá indefinidamente en sus tejidos puede que disminuya su ansiedad; adicionalmente, ello evita que sea víctima de quienes aseguran ser capaces de curarlo.

DISIPAR LOS TEMORES Y ABRIR PERSPECTIVAS ALENTADORAS

Utilice toda la información disponible para disipar los temores del paciente y alentarlo a una vida

lo más normal posible; por ejemplo, a quien sufre herpes insístale en lo benigno de la enfermedad, en el nulo impacto sobre la expectativa de vida o la salud en general, en que se está buscando activamente una droga curativa; al paciente infectado por PVH hay que informarle que la transformación maligna es más la excepción que la regla y que el riesgo de la misma se minimiza con los controles periódicos; también hacerle claridad en que usualmente el recién nacido no se infecta y que no está clara la necesidad de aplicar repetidos tratamientos en el caso de la infección subclínica; aunque diste de estar comprobado más allá de duda parece legítimo decirle al enfermo que algunos casos pueden no ser de transmisión sexual.

El paciente infectado con VIH necesita todo el apoyo emocional que se le pueda brindar y es el mayor reto en el manejo de las ETS; se le ayuda explicándole la diferencia entre infección y enfermedad; diciéndole que la primera puede persistir asintomáticamente por largo tiempo, que se ha avanzado mucho en el manejo de las complicaciones, que ha habido grandes adelantos en el control de la infección y que se puede llevar por años una vida productiva.

A los pacientes que recientemente tuvieron un contacto sospechoso pero están asintomáticos hay que hacerles saber que no siempre ocurre el contagio pero explicarles muy francamente la necesidad de una vigilancia de varios meses y la conveniencia de usar preservativo durante ellos; sin permisividad se los alienta a mantener la serenidad durante esos meses de seguimiento. Pero, simultáneamente, se enfatiza la necesidad de adoptar medidas para proteger a sus contactos sexuales.

ACEPTAR LAS PROPIAS LIMITACIONES

Si el médico no tiene tiempo o disposición de ánimo para escuchar al paciente o carece de la capacidad o la preparación para explicarle su enfermedad en un lenguaje accesible, es preferible que refiera el caso a otro médico; recuerde que el paciente abriga temores sobre sí mismo y sobre la probabilidad de haber contagiado a otras personas o

haber puesto en peligro su relación con ellas; aliviarlo en estos aspectos exige conocimientos, claridad de conceptos, habilidad para transmitir, paciencia, tiempo y entrega; si todo ello no se conjuga en el médico es más honesto no hacerse cargo del enfermo.

Aceptar las limitaciones es también abstenerse de percibir honorarios, aunque se haya gastado tiempo con el paciente, cuando no se está capacitado para resolver su problema porque para ello se requiere un especialista; es frecuente que los enfermos atribuyan a una ETS problemas de índole dermatológica, urológica, ginecológica o emocional; ocasionalmente se detectan situaciones que requieren ayuda psicológica o psiquiátrica, tales como hipocondría referida a los genitales, venereofobias o enfermedades facticias. En estos casos el médico debiera orientar al paciente pero abstenerse de percibir honorarios.

ENFATIZAR LOS ASPECTOS ÉTICOS DE LA VIDA SEXUAL

Citando nuevamente a Villegas (2) «No olvidemos que somos responsables de nuestra vida y que hacemos parte de una comunidad, de un gran todo; esto implica que hay que tener autocuidado y, también, cuidado, respeto, precaución, consideración y responsabilidad para con el otro».

Destaque ante el paciente los aspectos morales de su conducta sexual: El derecho de sus contactos a la conservación de la salud y el deber que cada uno tiene de respetar tal derecho, de lo que se desprende la inmoralidad de una conducta promiscua; insista en el derecho de los contactos a recibir información cabal cuando el paciente sufre una de las infecciones virales no erradicables (VIH, PVH, molusco y VHS); en que el ocultamiento genera temor en el infectado, conflicto por su negativa a la relación sexual y riesgo de contagio si ésta no es protegida; manifiéstese dispuesto, previo consentimiento del paciente, a informar a sus contactos sobre la índole del problema; mantenga una actitud de firmeza acerca de la responsabilidad individual para con la salud de los demás en el área sexual.

SEA PRUDENTE FRENTE A LOS CONFLICTOS DE LA PAREJA

Fácilmente, en el marco de una consulta de ETS hecha en pareja, surgen recriminaciones o tentativas de que el médico censure a una de las partes, usualmente al hombre, o se ponga del lado de uno de los dos; el médico debe hacerles ver que ése no es material de consulta y ser cuidadoso para no dejarse involucrar en un conflicto de pareja; abstenerse de emitir juicios sobre culpabilidad que podrían ser factores de separación de la pareja; le corresponde, antes bien, propender por su estabilidad o, por lo menos, adoptar una actitud de neutralidad.

La consulta en pareja es importante pero tiene el inconveniente de cohibir al médico para interrogar acerca de relaciones sexuales con terceras personas; puede que no lo logre pero es recomendable que haya la oportunidad de hablar por separado con el hombre y la mujer.

CÓMO DAR LAS MALAS NOTICIAS

En venereología, como en oncología y guardando las debidas proporciones, hay que dar malas noticias; así ocurre, en particular, cuando se le debe informar al paciente que está infectado con VIH pero también cuando la infección es incurable con los recursos terapéuticos actuales, como es el caso del herpes y el papilomavirus; por eso son pertinentes las orientaciones que da Gómez (4) para los pacientes oncológicos; en gran medida se aplican a cualquier paciente con una infección incurable; son ellas:

1. Estar absolutamente seguros del diagnóstico
2. Partir de la base de que el paciente tiene derecho a conocer su situación.
3. Hacer gala de una auténtica humanidad y de delicadeza cuando se trate de comunicar que la enfermedad es mortal.

4. Averiguar lo que el enfermo sabe así como lo que quiere saber.

5. Tener claro lo que el enfermo está en condiciones de saber.

6. Esperar a que el enfermo pregunte ya que se debe respetar su derecho a no querer saber.

7. Ofrecer algo en cambio (o sea, como se dijo antes, plantear perspectivas alentadoras).

8. Utilizar un lenguaje sencillo, al alcance del paciente.

9. No establecer límites ni plazos.

10. Dar a conocer la verdad gradualmente y no en un acto único.

11. No decir nada que no sea verdad.

Hay, finalmente una serie de detalles de cortesía, valor tan en decadencia en los tiempos corrientes, que pueden hacer de la consulta una experiencia más enriquecedora para el médico y el paciente; si se los practica se crea en la entrevista un ambiente cálido desde el primer momento; son ellos:

1. Ser puntual para atender los pacientes.
2. Salir hasta la sala de espera a saludarlos de mano y acompañarlos en su ingreso al consultorio.
3. No recibir llamadas telefónicas durante la consulta pues cada persona tiene derecho a que su caso sea el más importante del momento; extremando las cosas, retirar el teléfono del consultorio.
4. Definir una hora para que los pacientes que ya han consultado y cuyo diagnóstico quedó pendiente puedan, sin cita previa ni nuevo pago, acudir por lesiones recién aparecidas que podrían no estar ya presentes si esperaran hasta una cita regular.

Con estas reflexiones se pretende estimular a los médicos a mejorar la calidad de servicio a sus pacientes, atendiéndolos en forma cortés, cordial, humana y serena; es mucho lo que se puede lograr con un simple cambio de actitud; quizás también se desprenda de ellas el convencimiento de que es necesario rescatar de las empresas de medicina prepagada y promotoras de salud la necesidad de crear condiciones para que este tipo de atención humanizada llegue a ser una realidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALZATE JG. Gerencia del Servicio en Salud. CES, Medellín, 1994.

2. VILLEGAS GE. Aspectos socioemocionales de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). En: DÍAZ F, OSPINA S, OROZCO B, ESTRADA S. Eds. Enfermedades de Transmisión Sexual. Clínica, diagnóstico, tratamiento y prevención. Medellín: CIB, 1995: 238-241.

3. OJEDA M, GÓMEZ M. La comunicación en la relación de ayuda. En: GÓMEZ M. Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermedades terminales. Las Palmas de Gran Canaria, ICEPSS; 1994: 265-277.

4. GÓMEZ M. Cómo dar las malas noticias en medicina. Madrid: Grupo Aula Médica, 1996.
