

Consideraciones teóricas en torno de la psicología de la queja en el contexto médico

Theoretical considerations the psychology of complaints in a medical context

Enrique Camarena-Robles¹, Francisco Hernández-Torres¹, Germán Fajardo-Dolci²

RESUMEN

La literatura escrita acerca de la queja médica es relativamente escasa. En este artículo se pretende profundizar sobre las variables psicosociales que envuelven a la persona que es víctima de un acto médico deficiente, ya sea por omisión, negligencia, ignorancia o descuido. Así mismo, se trata de abordar cómo influyen variables como la personalidad del que se queja, sus reacciones emocionales con base en la magnitud del daño, cómo influye la relación médico-paciente en la percepción del daño y estilo de queja, cuándo y cómo la negligencia o el error dejan un trauma, cuál es la trascendencia de éste en la vida del que se queja y cómo un trauma psicológico puede influir en la calidad de vida y la productividad del paciente. También se aborda la importancia de la comunicación en la prevención de una queja médica y se trata de analizar cómo en una misma familia el acto médico y sus consecuencias, pueden ser percibidos de distinta forma. Se hace una descripción de la clasificación de los errores médicos bajo la óptica de la psicología del daño, en la cual se hace una propuesta de reclasificación, distinta a la propuesta por International Journal for Quality in Health Care.

Palabras Clave: queja, percepción, trauma, daño psicológico, estrés, sentimientos, emociones, dolor psicológico, duelo, trastorno.

ABSTRACT

Written literature on medical complaints is relatively scarce. In this article we delve into the psychosocial variables that surround the person as a victim of medical wrongdoing, whether by omission, negligence, ignorance, etc. Furthermore, it also seeks to address how different variables influence the process, including those related to the complainant's personality, their emotional reactions based on the extent of damage, doctor-patient relationship influences on the perception of harm and complain style, when and how negligence or error leave a trauma, what is the significance of this in the complainant's life, and how a psychological trauma can affect the patients' quality of life and their productivity. It also addresses the importance of communication in the prevention of medical complaints and analyzes how the medical act and its consequences can be perceived differently within the same family. It describes a classification of medical errors based on the psychology of injury, making a proposal for reclassification other than that given by the International Journal for Quality in Health Care.

Key words: complaint, perception, trauma, psychological damage, stress, feelings, emotions.

¹ Dirección General de Calidad e Informática de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

² Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Artículo recibido: 5 de octubre de 2010; Artículo aceptado: 26 de noviembre de 2010

Correspondencia: Dr. Enrique Camarena Robles, Dirección General de Calidad e Informática de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Piso 7. Mitla 250, Esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Del. Benito Juárez, C.P. 03020, México D.F. Correo electrónico: camarena@avantel.net.

La queja médica es un proceso que se ha dado desde que aparece en las culturas la diada médico-paciente; desde que existen enfermos y personajes que se dedican a tratarlos y quizás, (lo más importante para el proceso que vamos a tratar) desde que se da la oportunidad de que el paciente expone sus dudas y reclamos por lo que éste interpreta como mal trato o como resultado del acto médico que interpreta como inadecuado, inapropiado o errático. Este proceso ha tenido profundas transformaciones a lo largo de los tiempos dependiendo de variables como: usos y costumbres que prevalecían en el manejo de la enfermedad y los enfermos, nivel de información de los pacientes sobre el proceso salud enfermedad, papel del médico o curandero que le es adjudicado por la comunidad, de ahí emana el poder relativo o absoluto al que este le influyen, entre otras variables.

A partir de 1973, con la publicación de la Carta de Derechos de los Enfermos por la Asociación Americana de Hospitales¹ y las subsiguientes equivalentes en la mayoría de los países occidentales con los cambios que éstas promueven, se van haciendo más evidentes las insatisfacciones, las quejas y las demandas. Como refiere Chodoff «en la actualidad prevalece un modelo diferente en el que el paciente ha pasado de su sometimiento al paternalismo, hacia una relación contractual con el médico que será responsable de sus comportamientos incompetentes e inaceptables».

De acuerdo con Ribera y Caneparo², cualquier resultado negativo en el ejercicio médico puede constituir una mala praxis. Parece que la expresión de quejas e interposición de demandas, es cada vez más común en todos los campos de la medicina. En unos años se ha pasado de la «fe ciega» que el paciente depositaba en el médico al que respetaba y casi veneraba, al «cuestionamiento» frecuente del quehacer médico. Quizá esto tenga alguna relación con el cambio producido en la sociedad y la atención que en ella se presta a la enfermedad³.

La queja médica puede ser analizada desde diferentes ángulos; en este ensayo se propone profundizar sobre los aspectos psicológicos, donde intervienen los sentimientos, emociones, pensamientos, ideas del paciente y del propio médico que se entremezclan en diferentes grados y combinaciones y que dan resultados que trascienden en la vida emocional tanto del primero como del segundo.

Analizar la psicología de la queja médica implica entender una serie de variables complejas que tocan aspectos sociales, culturales, legales, civiles y administrativos. Todas estas dimensiones tienen un valor que no puede soslayarse cuando intentamos comprenderla a cabalidad, con objeto práctico de tener respuestas y soluciones.

Los factores individuales implícitos en la queja médica no han sido suficientemente estudiados. Para ser más precisos, la queja médica promovida por un paciente o familiar derivado de una acción u omisión por impericia o negligencia dentro del acto médico, afecta en mayor o menor medida a un paciente y su familia, dejando huella significativa física o psicológica y frecuentemente llega a tener consecuencias en su presente y futuro mediato o inmediato. Partiendo de esta definición y dada su trascendencia en la vida de los prestadores de servicios médicos y los pacientes que acuden a ellos, si se pretende analizar la mayoría de las variables involucradas,

el observador debe atender al menos:

- La magnitud del daño.
- La forma como el individuo ha interpretado ese daño.
- El significado que tiene el estrés percibido por los actores y como este puede convertirse en trauma, y
- La forma como descifra e interpreta el médico su acto.

Magnitud del daño

Tanto en el sentido positivo (de contribuir a salvar una vida), como en el sentido negativo, (la muerte derivada de error médico) del acto médico, este dejará huella en el corto, mediano y largo plazo. No obstante, el primer caso es lo que esperan por antonomasia y en forma natural los pacientes del acto médico; en el segundo caso, es posible que el familiar o el propio paciente lo esperen, pero siempre se resistirá a pensar o creer en la posibilidad de que la muerte sea el desenlace final. Aquí se tejen filigranas muy sutiles que se encuentran inmersas en la relación médico-paciente, en la que habilidad, sensibilidad y experiencia del médico juegan un rol muy importante en las expectativas reales o fantaseadas de los segundos.

En todos los casos, la comunicación⁴ es una herramienta que matiza en forma contundente los actos médicos. ¿Pero a qué nos referimos con la comunicación? El advertir al paciente o familiares sobre los riesgos del acto médico; por ejemplo, en el caso de una intervención quirúrgica de alto riesgo, puede evitar el desarrollo ulterior de enojos y sentimientos encontrados en el paciente y los familiares hacia el médico tratante y sobre todo, eliminar la génesis de culpas irracionales (tanto en el médico como en el paciente) “cuando las cosas no salen bien”.

Para lograr que este fenómeno se de con la nitidez y sinceridad necesaria, el médico tendrá que tener muy claro sus alcances y limitaciones y en todo caso, transmitirle al familiar con toda especificidad y detalle. Sobre todo, corroborar que lo transmitido sea comprendido a cabalidad por el paciente y sus familiares.

Pongamos dos ejemplos. Las intervenciones quirúrgicas en algunos tipos de cáncer son recomendadas, sin embargo, a pesar de esto, no en todos los casos los resultados son los esperados, ni resultan del todo exitosos. Sabemos que el comportamiento de los tumores es imprevisible y estos deben ser puestos en la mesa en forma abierta por el médico tratante, para que la expectativa sea manejada con realismo y racionalidad. En párrafos anteriores al definir la queja incluimos a la familia. Esta, es un sistema cerrado de interacciones reciprocas complejas⁵, en ésta se dan fenómenos de interacción afectiva y emocional de gran intensidad y los hechos vitales de cada uno de los miembros, repercuten en diversos grados en la funcionalidad de la misma. Es común encontrar en la práctica médica profesional, las diferencias de interpretación que le dan los miembros de una familia a los actos médicos y su comportamiento. El médico tiene que identificar al líder de la familia y los procesos afectivos entre sus miembros y siempre percatarse, de quién o quiénes son los que toman las decisiones importantes. Puede suceder que el médico comunique a un miembro de la familia el procedimiento a seguir y que su comprensión o capacidad de decisión de éste sea

limitada, o suceder que los otros miembros de la familia puedan sentirse desplazados al no ser incluidos en la toma de decisiones. La reacción lógica de unos y otros será de enojo o sorpresa.

Cuando se identifican serias diferencias de opinión entre los miembros de la familia en cuanto a los actos médicos por realizar y por ende se complica el trabajo terapéutico para la toma de decisiones, es útil consultar otros colegas con experiencia que ayuden a amplificar y diversificar nuestro punto de vista, en la percepción del problema y por ende, en la toma de decisiones. Un sólo médico no tiene siempre todas las respuestas, por lo que el apoyo y transmisión de experiencias entre dos o más colegas pueden beneficiar la toma de decisiones.

Lo anterior puede ejemplificarse con el siguiente caso. Una tarde un paciente de más de 80 años de edad, después de varios días de convalecencia por diversas fallas orgánicas, tiene paro cardiorrespiratorio; inmediatamente un grupo de médicos, tomó la decisión de sacarlo de la situación médica de urgencias y se logra el objetivo. El paciente siguió su curso con buen funcionamiento de su corazón. Uno de los hijos en forma intempestiva reclamó en forma airada el por qué del proceder, argumentado que su padre se encontraba sumamente enfermo y no veía el caso de prolongar su vida, sacándolo de paro. No obstante, otra de las hijas estaba feliz por lo logrado. Los médicos involucrados estaban sorprendidos, desconcertados sin saber responder. La intervención serena y mesurada de un médico experimentado resolvió la situación; le transmitió al hijo inconforme que no había sido posible valorar en unos segundos si se dejaba correr los acontecimientos, es decir observar pasivamente la muerte del anciano o salvarle en esos momentos la vida (que por principios médicos es obligación sacarlo del paro). Esto pone de manifiesto lo complejo que es la relación médico-paciente y cómo los dinamismos de la intrincada red familiar influyen en las percepciones y decisiones del paciente. El tomar en cuenta estos aspectos y una buena comunicación con el paciente y su familia, puede evitar una queja médica.

La magnitud del daño no siempre deriva en una queja, inclusive cuando puede haberse dado un acto de negligencia o impericia. Cuando se desconoce que se ha cometido un acto de negligencia por falta de información del paciente y sus familiares, la queja no puede aparecer en el proceso. Paradójicamente puede suceder lo contrario. En los EEUU se ha incrementado en los últimos 50 años las demandas por fallas en la atención médica. A pesar de que este hecho es real, el daño puede ser mínimo o no existir por lo que en algunos casos el que actúa con dolo es el paciente, buscando indemnización que no se justifica en la magnitud del supuesto daño médico. Esto ha encarecido el acto médico en esta nación, los médicos actúan con medicina defensiva enviando múltiples y costosos estudios con tal de "no caer en el error". Estos hechos se han incrementado sobre todo en países desarrollados donde algunos abogados instan a los pacientes a quejarse de mala praxis médica, cuando ésta en realidad no ha existido, quizás uno de los mejores ejemplos de este hecho es la acusación de una paciente por abuso sexual cuando este hecho no existió.

La clasificación de los errores médicos bajo la óptica de

la psicología del daño. La división entre físico y psicológico puede tener una función didáctica y práctica. De hecho, para la mayoría de la gente no informada queda más o menos claro cuál puede ser la diferencia entre un daño físico y uno psicológico.

La comprensión del funcionamiento del Sistema Nervioso Central (SNC) nos ha dado otras respuestas, que a su vez, generan otras preguntas. Sabemos que el estrés crónico, la depresión, y los trastornos de ansiedad intensos, disminuyen la reproducción neuronal al afectar la liberación de neurotrofinas. Asimismo, si monitorizamos a un individuo al ser sometido a pruebas extremas donde se experimenta un estrés similar al que se experimente en la guerra (en la inteligencia que el estrés siempre será externo y por ende entraría en el terreno de lo psicológico), veremos cómo el individuo sufre una serie de cambios neurofisiológicos que son perfectamente identificables a través de imágenes cerebrales y que entrarían en el terreno de lo "físico".

Para hacer este abordaje más complejo, se conoce que las enfermedades que en algún tiempo eran consideradas psicológicas, pertenecen al terreno de lo biológico, es el caso específico de la depresión. Actualmente nadie pone en duda que la depresión es una enfermedad biológica y que debe ser tratada como tal, es decir, con fármacos y medidas físicas de diversa índole.

Bajo la óptica anterior, todo daño "psicológico" tiene implicaciones físicas de distinto orden, algunas medibles y otras más difícilmente ponderables y con frecuencia imperceptibles. La clasificación de la International Journal for Quality in Health Care del 2005, debe revisarse a la luz de estos descubrimientos y evidencias. Quizá habría que manejar dos conceptos: lo físico y lo mental. El primero tendría que analizar todos los órganos y sistemas exceptuando al SNC; lo mental, sería exclusivo para abordar el daño sobre el parénquima cerebral.

En la figura 1, se presenta el esquema original de la clasificación descrita.

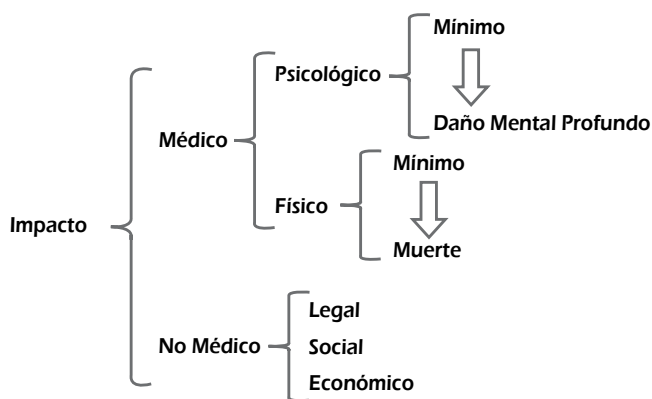


Figura 1. Errores médicos y fallas del sistema.

En la figura 2, se presenta el cambio propuesto en este ensayo, donde lo psicológico quedaría incluido en lo mental.

Queda claro que para fines de la clasificación de los trastornos mentales lo psicológico como concepto deberá de quedar reducido a todos aquellos aspectos del funcionamiento normal de los procesos del pensamiento, las ideas, y

las emociones. Inclusive las clasificaciones actuales y con más las subsiguientes (DSM-V y el ICD 11) que serán publicadas alrededor del 2012, ya no manejan este concepto por lo antes comentado.

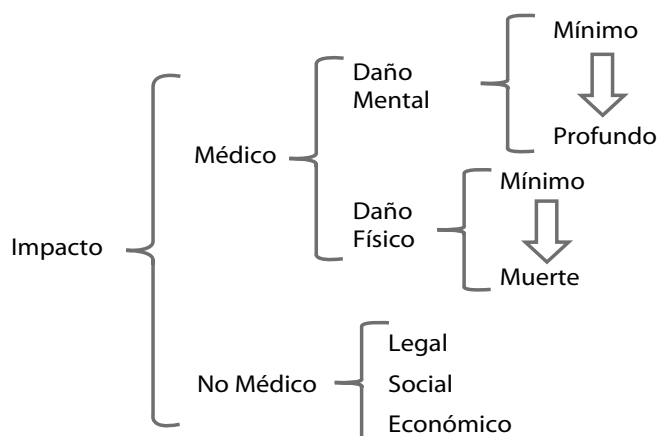


Figura 2. Errores médicos y fallas del sistema.

La forma como el quejoso ha interpretado ese daño.

La segunda variable de análisis es la percepción subjetiva del acto médico por parte del paciente. Existen pacientes particularmente sensibles a las actitudes, gestos y posturas de los médicos. Una paciente refería que había abandonado su tratamiento al observar una "mueca" de su médico que a su juicio había sido de desaprobación cuando esta platicaba sus experiencias extramaritales. La paciente no se había detenido a preguntar el por qué de la supuesta "mueca" de su médico, simplemente había decidido, por su percepción, abandonar el tratamiento. ¿Qué pasó en realidad en este caso? Difícil saberlo con exactitud, lo real es que el médico tratante debe estar atento a no sólo su lenguaje verbal sino a su lenguaje no verbal que puede dar como resultado una interpretación equívoca que deriva en una queja médica de consecuencias. Existen pocos estudios que destacan la importancia de una buena relación entre el médico y su paciente. Pareciera que esta dualidad matizada de afectos armónicos o no, evita en muchos casos la génesis de una queja.

Cuando alguien se queja de forma continua es porque persigue algún beneficio, ya que si no fuera así, habría dejado esa conducta tras los primeros intentos. Es conveniente observar qué se esconde tras la queja. Se debe observar de cerca al paciente que en forma reiterativa se queja de las acciones médicas. Sin minimizar lo que el paciente observa, el estudio detallado de su perfil psicológico nos puede arrojar datos valiosos que explican de forma integral el problema que aqueja al paciente.

Lo anterior se ejemplifica con dos hechos inmersos en el perfil de personalidad clasificado como psicopatológico. El primero es la llamada neurosis hipocondríaca. En esta aunque el paciente tiene síntomas reales, estos son magnificados y matizados según su propia interpretación; la mayoría de las veces el problema no es congruente con lo que el paciente cree tener, sin embargo siente que está al borde de un

trastorno que atentará contra su vida o su salud en forma flagrante. Tales son los casos de los pacientes que se quejan de dolor de pecho y que piensan inmediatamente en infarto o un simple dolor de columna en el que sospecha que hay un cáncer. Lo peor es que los pacientes con este problema no cesan en su queja a pesar de las amplias y variadas explicaciones de la no gravedad de su problema. La realidad es que estos pacientes padecen un trastorno de ansiedad con matices depresivos y la queja se convierte en un arma para conseguir la atención del médico y de los familiares. Estos pacientes deben de tratarse de otra forma, es decir desde un abordaje psiquiátrico con su respectiva psicoterapia y farmacoterapia. Por otro lado, hay un tipo de pacientes que cada vez son más frecuentes en las instituciones, conocidos como simuladores. "Estudian" un cuadro clínico con minuciosidad que los puede llevar a una incapacidad parcial o permanente. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su cuarta edición (DSM-IV)⁶, categoriza la simulación como un problema adicional que puede ser objeto de atención clínica, definiéndola como la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos que están motivados por incentivos externos. En la práctica clínica, el principal motivo suele ser obtener una baja médica mediante la cual evitar un trabajo, llegando incluso a utilizarse indirectamente para intentar lograr una compensación económica. Se recomienda sospechar de simulación en el caso que exista un contexto medicolegal, discrepancia entre el estrés o la alteración explicada por la persona y los datos procedentes de la exploración médica, falta de cooperación durante la valoración diagnóstica y, finalmente, la presencia de un trastorno antisocial de la personalidad.

Los beneficios económicos directos derivados de enfermedades o problemas relacionados con el trabajo y las recompensas indirectas a nivel emocional y social vinculadas a la determinación de incapacidad, hacen que la simulación de problemas funcionales sea para mucha gente, una solución atractiva para todo tipo de problemas personales, sociales y económicos. Los déficits funcionales suelen tomar la forma de quejas y síntomas neurológicos, ya que muchas de estas afecciones se confunden fácilmente con las quejas psicógenas que acompañan a problemas emocionales comunes y fallos sensoriales o de memoria. En la simulación hay una intención muy clara y dolosa con tal de evadir sus responsabilidades laborales. Un ejemplo sería el de los problemas lumbares, que facilitan conseguir incapacidades con el pago total de su sueldo sin trabajar. Un estudio minucioso, descubre la falsedad de los síntomas y sus reales intenciones.

En otros casos en la queja está en juego conseguir más poder. Quien se queja suele adoptar el papel de víctima y desde esa posición pretende dominar a otros (de forma blanda). Para ello, se compara y responsabiliza a la pareja, a los hijos y en este caso al médico, de las dificultades. En ocasiones, intenta que otras personas se sientan culpables o poco valiosas para, así, conseguir que haga lo que él o ella desea. Se puede observar ese intento de dominio o de quedar por encima de otro cuando uno está contando un problema que vive e interviene en otro restándole importancia al mismo y en seguida, empieza a enumerar la gran cantidad de incomprendimientos y desgracias que lo acechan.

Si nos planteamos acabar con los “juegos psicológicos” que conlleva la queja, necesitamos, entre otras cosas:

- Cuando alguno de los cercanos recurra al “victimismo” como forma de estar en la vida, aunque se queje y diga que está mal, estaremos atentos para no caer en sus “trampas”. Al no mostrarme colaborador con su estrategia, poco a poco la irá dejando al comprobar que no le funciona.
- El paciente o persona dejará de quejarse y no seguirá en la dinámica de quienes se quejan. Ante una dificultad, intentará concretar el problema existente, distinguiendo con claridad dicho problema del sufrimiento que se activa en mí, ya que cada uno de esos aspectos tiene un camino de solución distinto.
- El médico hará un trabajo de reeducación emocional orientado a disolver sufrimientos, pues detrás de cada queja se esconden: poca estima, miedo, celos, amargura.
- Saldrá del dominio y la sumisión en las relaciones. Para ello requiere tener: respeto, tolerancia emocional, pactar, compartir, no usar el imperativo.
- Por último, precisará aprender a pedir lo que necesita de forma adecuada: atención de calidad, participación, entre otros.

Significado que tiene el estrés percibido por los actores y cómo este puede convertirse en trauma.

En el sistema familiar el que domina puede determinar actitudes, pensamientos y posturas en forma directa, por sugerencia o imposición. Una queja médica de un paciente puede tener un significado negativo inmediato o mediano y la familia vive en sintonía o distonía el fenómeno (según el caso). El estrés experimentado por cualquiera de los miembros de la familia afecta su dinámica y nadie que esté dentro de este microsistema puede soslayarse de las consecuencias psicodinámicas que se presenten.

En diversos grados, un acto médico que deriva en una complicación generará en el individuo un cierto grado de estrés. Cuando éste adquiere magnitudes que provocan un desequilibrio de la homeostasis psíquica puede inclusive desarrollar un síndrome conocido en el campo de la psiquiatría como trastorno por estrés postraumático (TPET)^{7,8,9,10,11}. La pérdida de un miembro pélvico a consecuencia de un acto quirúrgico equivoco, el dolor infringido durante un acto quirúrgico sin haber aplicado adecuadamente la medicación anestésica, el desarrollo de un choque anafiláctico por la aplicación de una medicación en un paciente susceptible, son algunos ejemplos de ello. En todos los casos, aunque sabemos que los pacientes sufren diversos grados de alteraciones psíquicas éstas no han sido lo suficientemente estudiadas. ¿Qué convierte un factor estresante en traumático? En el lenguaje cotidiano, se describen como <<traumáticas>> muchas situaciones inquietantes, por ejemplo el divorcio, la pérdida del trabajo (que por cierto puede ser consecuencia de un acto médico equivoco, cuando el paciente resulta incapacitado) la amenaza de muerte inminente en la guerra, etc. Sin embargo, un estudio de campo diseñado para establecer qué tipos de estresantes provocaban los síntomas característicos del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), observó que sólo

el 0.4% de una muestra comunitaria desarrolló los síntomas típicos del TEPT en respuesta a estresantes de baja intensidad. Así para diagnosticar el TEPT es necesaria una definición estricta de lo que constituye un estresante traumático.

Pocas personas discutirían que los acontecimientos horrendos tales como la violación y los bombardeos son traumáticos. En un intento de captar la esencia de estos estresantes, los autores de DSM-III-R requerían que el estresante traumático estuviera << fuera del marco normal de la experiencia humana habitual>> y que <<fuera acusadamente angustioso para casi todo el mundo>>. En el acto médico estos dos fenómenos se pueden dar, es decir el paciente vive el fenómeno como un trauma que le rompe el desequilibrio psíquico con una serie de consecuencias inmediatas y mediatas. La pérdida de la funcionalidad de una parte del cuerpo, el cambio de la imagen después de un acto quirúrgico (quizás uno de los más representativos es cuando por error es dañado en el nervio facial y se provoca una parálisis facial) pueden vivirse como una violación por el cambio de la imagen corporal de la funcionalidad de un individuo. Este es un tema que deberá de estudiarse en el futuro, para dimensionar los daños psíquicos y desde luego para desarrollar medidas preventivas.

La forma como descifra e interpreta el médico su acto

El médico al recibir la queja de un paciente tiene un desafío ante sí. Tiene que descifrar si el contenido de la queja tiene una plena justificación, valorar las posibles consecuencias que pueden tener un error médico en el resultado final del tratamiento (esto dependerá de la naturaleza de la queja), definir la forma de abordarla, desarrollar en forma inmediata un sentido de autocrítica y echar a andar las estrategias para enfrentarla¹². Un médico acucioso consciente de su formación profesional y experiencia, tendrá la suficiente seguridad para enfrentar la queja. El reconocimiento del error, aunado al establecimiento de una estrategia para remediar el daño, puede dar por terminado un conflicto entre el quejoso y el médico acusado de una mala praxis. En el caso contrario la falta de reconocimiento de un error en su praxis, cuando una queja tiene sustento, puede derivar en un conflicto largo y sinuoso para el médico de consecuencias impredecibles. Pareciera obvio que la magnitud del daño es a todas luces lo suficientemente clara para definir la tarea a seguir para restaurar el daño. Pero las cosas no son tan simples. Por ejemplo una actitud desdeñosa y agresiva de un médico puede ser lo suficientemente tolerada por un paciente, en cambio en otro puede desencadenar una serie de sentimientos de furia, coraje e impotencia que derive en un conflicto de gran envergadura. Estamos pues hablando del terreno de la subjetividad, en donde la normas existentes pueden ser un auxiliar para definir la forma y el cómo del manejo del conflicto. Sin embargo, en muchos países las normas pueden ser insuficientes o ambiguas, lo cual puede favorecer al médico o al propio paciente, dependiendo de la tenacidad de cualquiera de los dos para defender su postura. En este terreno entran en escena dos figuras prominentes, la legislación existente en la materia y los órganos, instituciones y personajes encargados de valorar la gravedad de los conflictos y sus resoluciones. En este terreno se requiere explorar más a fondo las necesidades de los pacientes de comunicar

sus desavenencias y dificultades, cuando perciben un mal trato, con el objeto de hacer las correcciones y modificaciones necesarias por parte de los médicos para evitar este tipo de conflictos. Lo que hemos aprendido a través de los años es que la comunicación clara, directa y a tiempo, favorece con mucho una buena relación médico-paciente y por ende produce una disminución significativa de las quejas. Todo acto médico tiene riesgos, el advertir a los pacientes de estos, puede evitar muchos conflictos. Prueba de ello es el advertir sobre los efectos colaterales que prácticamente tienen todos los psicofármacos. El advertir la presencia de los mismos, por mínimos que estos sean, pueden favorecer con mucho el buen cumplimiento del tratamiento. Así mismo el advertir al paciente sobre las posibles malas consecuencias o complicaciones de un acto quirúrgico, pueden mitigar en gran medida una reacción de desconcierto y enojo por parte del paciente. Es mejor que el paciente refiera "me lo habían advertido" a que el paciente refiera "esto fue producto de la impericia e incapacidad del médico". Aquí pues se debe ser lo suficientemente explícito, realista y honesto para valorar los porcentajes reales (con base a la estadísticas) de una complicación quirúrgica. Como se podrá observar según lo analizado, las reacciones emocionales de los pacientes se relacionan en forma directa con un adecuado manejo de las expectativas que estos tienen de los resultados. Watzlawick refiere que la naturaleza de una relación depende de la gradación que los participantes hagan de las secuencias comunicacionales entre ellos: tanto el emisor como el receptor de la comunicación estructuran el flujo de la comunicación de diferente forma y, así, interpretan su propio comportamiento como mera reacción ante el del otro. Cada uno cree que la conducta del otro es «la» causa de su propia conducta, cuando lo cierto es que la comunicación humana no puede reducirse a un sencillo juego de causa-efecto, sino que es un proceso cíclico, en el que cada parte contribuye a la continuidad (o ampliación, o modulación) del intercambio. Un ejemplo es el conflicto entre Israel y Palestina, donde cada parte actúa aseverando que no hace más que defenderse ante los ataques de la otra. Estas reflexiones son perfectamente aplicables en el acto de la queja. El quejoso (emisor) manifiesta sus inconformidades ante el médico (receptor), las actitudes de ambos influyen en forma cíclica en el resultado final de la solución de conflicto. Esto significa que el quejoso debe ser claro en cuanto a lo que le incomoda o lo desequilibra, a su vez el médico deberá ser lo suficientemente sensible para entender la naturaleza de la queja. De ahí deriva la observación empírica que alude a que cuando hay una buena relación entre el médico y el paciente, este último puede "tolerar" o "perdonar" una mala praxis médica.

Es claro que la personalidad del médico puede ser decisiva en la forma como se procesa una queja. Un profesional de la salud con poco sentido de autocritica y una gran incapacidad para reconocer sus errores, difícilmente podrá dar flujo a una queja bien fundada, lo cual lo llevará a un proceso conciliatorio en el mejor de los casos y en el peor, a un proceso legal. En cierta forma los actores, analistas y observadores de la queja se convierten en un medio de mejora de comunicación entre el quejoso y el sujeto de la misma. Favorecen un clima de tranquilidad, ya que permiten desarrollar el proceso catártico del quejoso al externar en un medio controlado sus

quejas. Por otro lado el conciliador juega un papel de catalizador al interpretar con más claridad el motivo de la queja. Así mismo el quejoso siente que hay una tercera persona con la cual hablar y que le dará la oportunidad de entender y comprender su problemática. Por otro lado, el médico sujeto de la queja puede escuchar con más detenimiento el contenido manifiesto de la queja, que quizás no se dio en una situación de conflicto y de tensión.^{13,14,15,16,17.}

CONCLUSIONES

La tarea de desentrañar todos los fenómenos psicodinámicos de la queja médica está por desarrollarse en los próximos años.

La mayoría de nuestras observaciones plasmadas en este ensayo son derivadas de experiencias y estudios de fenómenos similares a los que se dan en el fenómeno de la queja, como es el caso del Trastorno Por Estrés Postraumático después de accidentes y errores médicos.

Hay otras preguntas que responder para contribuir en un trato más ético, humano y profesional de los pacientes:

- ¿Hay un tipo de personalidad o personalidades más propensas a generar quejas ante el acto médico?
- Si es cierto que la queja médica se ha incrementado en los últimos decenios, ¿esto es debido al papel de los seguros médicos, a la mayor conciencia de la población sobre la naturaleza de los actos médicos o a la aparición de instancias que favorecen la recepción, análisis y comprensión de la queja médica?

REFERENCIAS

1. Trejo C. Los derechos humanos y sus vinculaciones con los derechos del paciente. *Rev Med Chile*. 2000; 128 (12):1374-79.
2. López-Lazo S, González-Catá A. Particularidades del ejercicio de la anestesiología y la reanimación. *Rev Soc Cub Anestes Reanim*. 2005; 4(2): 31-45.
3. Ruelas B. La seguridad de los pacientes. *Rev. CONAMED*. 2005; 4:11.
4. Fernández-Areal M. Cuestiones de la teoría general de la comunicación. Madrid: Universitas; 2001. 166 p.
5. Estrada L. El ciclo vital de la familia. México: Grijalbo; 2003. 114 p.
6. Spitzer R, Williams BW. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington: Masson-American Psychiatric Association; 1994. p. 24-27.
7. Davidson JRT, Foa EB. Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and Beyond. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1993. p. 4-17
8. Ehrenreich JH. Copying with disasters. A guide book to psychosocial intervention. New York: Center for psychology and society; 2001. p. 104
9. Everly GS, Lating JM. Psychotraumatology, key papers and core concepts in post-traumatic stress. New York: Plenum; 1995. p. 9-26.
10. Foa EB, Kozak MJ. Treatment of anxiety disorders: Implications for psychopathology, anxiety and anxiety disorder.

- ders. Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum Associates; 1985. p. 17.
11. Friedman MJ. Interrelationships between biological mechanism and pharmacology of post-traumatic stress disorder. Washington DC: American Psychiatric Press; 1990. p. 204-225.
 12. Labrador FJ, Cruzado JA, Muñoz M. Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Pirámide; 1998. p. 457-476.
 13. Lieberman MA, Borman LD. Self-help groups for coping with crisis: Origins, members, processes and impact. San Francisco: Jossey-Bass; 1979. p. 279-300.
 14. McKay M, Davis M, Fanning P. Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. Barcelona: Martínez Roca; 1985. p. 24-28.
 15. Meichenbaum DA. Clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder. Ontario: Institute Press; 1994. p. 22.
 16. Miguel-Tobal JJ. La Ansiedad. En: Mayor J, Pinillos L. Tratado de psicología general. vol 8: Motivación y emoción. Madrid: Alhambra; 1990. p. 35.
 17. Olivares J, Méndez FX. Técnicas de modificación de conducta. Madrid: Biblioteca Nueva; 1998. p.79-112.



CURSO

PREVENCIÓN DEL CONFLICTO DERIVADO DEL ACTO MÉDICO

Junio de 2011
Septiembre de 2011

OBJETIVO GENERAL

Analizar la vinculación de los principios éticos y legales en la regulación de la práctica de la medicina, y su influencia sobre la Lex Artis, como fundamento para comprender la génesis de los conflictos derivados del acto médico, los mecanismos para solucionarlos y prevenirlos.

DIRIGIDO A

Médicos generales y especialistas, abogados institucionales, odontólogos, licenciados en enfermería y personal de salud a nivel licenciatura.

ACREDITACIÓN

Constancia con valor curricular.

30 horas presenciales y 10 horas de trabajo autónomo.

SEDE

Auditorio "Fernando Ocaranza", Facultad de Medicina de la UNAM. Circuito Universitario frente a Cerro de Agua.

CUPO

Máximo 80 personas. Cierre de inscripciones al completar el cupo.

INFORMES

Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)
Dirección General de Difusión e Investigación
Mitla 250, esquina eje 5 sur Eugenia, 8° piso
Col. Vértiz Narvarte, Del. Benito Juárez
Teléfonos: 5420-7148, 5420-7093, 5420-7103

Correo electrónico: smartinez@conamed.gob.mx, crojano@conamed.gob.mx, dgdi@conamed.gob.mx