

# LA TRANSMISIÓN DE LA INFORMACIÓN EN LA RELACIÓN PACIENTE-INSTITUCIÓN-EQUIPO DE SALUD

*Lic. Ana Inés Antoniutti*

*Lic. Cynthia Levi Hara*

*Lic. María Rosa Ramírez*

Servicio de Psicopatología y Salud Mental. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá

## Introducción

En el mes de octubre del año 1993, se realizó en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, el primer encuentro del equipo de salud sobre "La transmisión de la información en la relación paciente-institución-equipo de salud". El mismo fue organizado por el Servicio de Psicopatología y Salud Mental de este hospital.

La idea de organizar este curso surgió de la observación, a través de estos años, de las dificultades con las que nos enfrentamos al tener que informar a un paciente o a su familia del estado de salud-enfermedad que presenta, su sintomatología, motivo de internación, etc.

Creemos que el tema de la información constituye uno de los puntos más espinosos en nuestro quehacer cotidiano, por lo cual se hace necesario que nos detengamos a pensar, reflexionar y cuestionar algunas de las situaciones que nos plantea. Es por esto que en lugar de hablar de "curso" tendríamos que hacerlo de "encuentro", ya que dentro del ámbito hospitalario nadie queda excluido de esta temática.

Interrogarnos acerca del por qué consulta un paciente, por qué lo hace en una institución, qué es lo que viene a buscar, si hay que informarlo, cómo, dónde, cuándo, qué es lo que quiere saber, quién lo va a informar, entre otras preguntas, nos tendría que orientar hacia una práctica profesional más aliviada y con menor sentimiento de soledad, ya que el trabajo en una institución lo que inmediatamente propone a través de la convocatoria de diferentes profesionales es la "interdisciplina".

El objetivo de esta publicación es motivar la reflexión constante de este tema, ya que no podríamos hablar de respuestas definitivas a esta problemática. Es, entonces, que a través de un cuestionamiento continuo de las formas de abordaje y comunicación con un paciente, lograríamos romper con esquemas de atención preestablecidos.

## Desarrollo

En el transcurso de este encuentro nos fuimos situando en el tema de la institución como proveedora de códigos, el paciente institucional, el médico institucional y el equipo de salud. Organizamos una mesa de disertantes con el fin de pensar cómo se está trabajando el tema de la información en las diferentes áreas del hospital.

El segundo día, se trabajó material clínico en diferentes grupos reflejando distintas modalidades de trabajo. "Fracasos" y "éxitos", que a través de su análisis, hicieron surgir propuestas alternativas de formas o modos de acercarse a un paciente.

El tercer día, nos ocupamos de cómo se da la comunicación en este sistema hospitalario. Qué es lo que quiere saber un paciente, qué es lo que puede o no puede escuchar, las funciones de los integrantes del equipo de salud.

Recortamos la figura del médico de la totalidad del equipo de salud, ya que es por una pregunta por el cuerpo que el paciente viene a consultar (ejemplo: ¿Estoy embarazada?, ¿por qué me falta la menstruación?). Es por esto que la relación médico-paciente aparece privilegiada por sobre las demás. La institución atraviesa dicha relación y la transforma en médico institucional-paciente institucional, otorgándole sus propias características.

La mesa de disertantes se organizó convocando a profesionales de este hospital, representantes de distintas áreas. De la misma participaron el Dr. Ricardo Illia, Jefe de Unidad 3 (Obstetricia); el Dr. Luis Lafitte, Jefe de Unidad de Ginecología, y el Dr. Jorge Martínez, Jefe de Unidad 2 (Neonatología).

Una síntesis que refleja los puntos más relevantes de lo expuesto es la siguiente:

El primer expositor fue el Dr. Martínez, quien se refirió a que no hay una metodología específica para informar, la que se aprende de la práctica. Reflexionó acerca de la conveniencia de "pararse a pensar lo importante que es la información para el otro", y sobre

“lo difícil que es aceptar el **no sé** en medicina”, convirtiéndose en una exigencia saber sobre todo. Comentó, además, que a los padres de los bebés internados en su sector se le formulan dos preguntas: a) Ud., ¿qué no hubiera querido que hiciéramos?, b) ¿Qué le hubiera gustado que hiciéramos?

El Dr. Illia hizo reflexiones acerca de cómo somos los que tenemos que informar, y cómo el trabajo en la urgencia marca una diferencia fundamental con las otras áreas. Se refirió al pésimo contexto en el que se encuentra un paciente para “adquirir la información”, y a la escasa o nula contención que tiene un médico al salir del quirófano y tener que informar. Se preguntaba cómo contener a un paciente en esta situación.

El Dr. Lafitte, manifestó que la información es el punto de máxima relación entre el médico y el paciente. Asimismo, se refirió a que es muy difícil el manejo de la información que se proporciona al paciente en relación a qué le decimos, qué le informamos. Dijo, además, que es importante tener en cuenta la cultura donde se produce ese acto informativo, que hay que folklorizar la información.

El material clínico que se utilizó para ejemplificar diferentes modalidades de trabajo se refería a muerte perinatal, malformaciones, identidad sexual, psicoprofilaxis quirúrgica e infección post-cesárea. En cada uno se evaluó cómo actuó el equipo de salud y cómo actuaría en cada caso o en situaciones similares.

La participación de la Lic. Gabriela Tortosa, socióloga del Servicio de Psicopatología de este hospital, nos brindó la posibilidad de dirigir nuestra mirada sobre cómo se da la comunicación en este sistema hospitalario, y cuáles son los propósitos de una comunicación. En esa misma reunión se disertó sobre los tiempos de la información, los momentos del paciente para escuchar, y los mecanismos de defensa que puede llegar a poner en marcha.

De acuerdo con lo trabajado en el desarrollo de este encuentro se elaboraron diferentes **ideas**, algunas de las cuales se refieren a:

### **1) En la trasmisión de la información surgen obstáculos.**

Hay distintos tipos de obstáculos, por ejemplo:

- Los que surgen en el equipo de salud al tener que informar a un paciente de una situación dolorosa ( muertes, malformaciones, ciertas intervenciones quirúrgicas, etc.), que movilizan a cada profesional en particular, generándole angustia y malestar frente a la situación.

- La dificultad para comunicarse con cada paciente, no buscando palabras adecuadas que faciliten el entendimiento mutuo e imposibilitando así la creación de un vínculo favorable.

- La dificultad de la comunicación entre los integrantes del equipo de salud.

- El problema que se presenta frente a la escasa formación de los profesionales en este tema, cuyo origen se remonta a la formación universitaria.

- La dificultad que produce el negarse el “no sé” (de un tema o situación), que comprometa el abordaje de un paciente. Un “no sé” vivenciado como prohibido desde la formación profesional.

### **2) La institución influye en la relación Paciente-Equipo de Salud**

La institución le otorga características particulares a la relación paciente-equipo de salud. Frente a la persona que consulta, se ubica en un lugar de poder y saber. El equipo de salud es portador de esto, y coloca de esta manera al paciente en una situación de sumisión y dependencia, quedando con poco lugar para las preguntas. Esto fue cuestionado por los participantes del encuentro, y se pensó que debería surgir un espacio que propicie el encuentro entre ambos, dándole al paciente un lugar activo.

### **3) Existen diferencias en la forma de informar a un paciente de acuerdo con la especialidad de cada tarea.**

### **4) La información debería ser lo suficientemente clara y adecuada a cada paciente.**

### **5) Un paciente puede tomar tanto las palabras como los gestos para interpretar una información.**

En el acto comunicativo no sólo habría que tener en cuenta las palabras utilizadas sino también los gestos, los silencios, etc., que las acompañan. Por ejemplo la contradicción que surge cuando se dice: “Señora, quédese tranquila que está todo bien” y al mismo tiempo se llevan al bebé corriendo.

### **6) Hay diferentes tipos de información.**

No es lo mismo informar a un paciente o a su familia para orientar y/o prevenir, que a tener que hacerlo en situaciones con patología, incluyendo el dolor del paciente y el de los miembros del equipo de salud. De esto resulta una información no deseada, tanto para el emisor como para el receptor.

**7) Cada paciente tiene un “tiempo”, no en todo momento puede “escuchar” de qué se trata.**

Un paciente que no manifieste haber asimilado la información inmediatamente después del acto informativo, no implica que no haya registrado de alguna manera lo transmitido. Frente a una información no deseada, una persona puede defenderse poniendo en marcha diferentes mecanismos de defensa, el más típico para esta situación es la negación, que se puede manifestar de distintas formas: minimizando, desplazando la preocupación a otro problema, anulando. Frente a esta dificultad:

**8) Es importante tener en cuenta la reinformación y el seguimiento de un paciente en caso de que se requiera, y :**

**9) No ocultar información. Los pacientes “intuyen” de qué se trata**

En los casos en que se trata de ocultar, negar o distorsionar la información, el paciente puede percibir que hay algo que se está evitando o que no está todo dicho. Esto actuaría en forma perjudicial, provocando un cortocircuito en la comunicación paciente-equipo de salud.

### **Conclusión**

El momento de informar a un paciente tiene que ver con un “acto creativo” y no con “una receta”; no hay una metodología específica que pueda determinar qué es lo que necesita un paciente.

El trabajo interdisciplinario o multidisciplinario facilitaría cuidar al paciente y al equipo de salud, aliviando el trabajo en la institución, haciendo decrecer el sentimiento de soledad de cada profesional frente a la angustia que hace surgir el reconoci-

miento del “no sé”, “no puedo”, “no se sabe”.

**Darse un lugar y un tiempo para escuchar al paciente, para escucharnos, y trabajar en función de cómo van respondiendo los diferentes pacientes podría resultar una estrategia válida.**

### **Agradecimientos**

Agradecemos a los Dres. Ricardo Illia, Luis Lafitte, y Jorge Martínez, lo mismo que a la Lic. Gabriela Tortosa, por haber participado de este encuentro.

### **Bibliografía**

1. Criscaut JJ. La interconsulta: una práctica para seguir pensando desde el psicoanálisis. II Congreso Metropolitano de Psicología. Buenos Aires. 1983.
2. Feld V. La interconsulta médico-psicológica en el hospital. Gaceta psicológica N 77. Junio/julio 1987.
3. Freud S. Neuropsicosis de defensa. Obras Completas. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1985: Tomo III.
4. Freud S. Lo inconsciente. Obras Completas. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1985: Tomo XIV.
5. Freud S. La represión. Obras Completas. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1985: Tomo XIV.
6. Freud S. El malestar en la cultura. Obras Completas. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1985: Tomo XXI.
7. García R. Dialéctica de la integración en la investigación interdisciplinaria. IV Jornadas de A.P.S. CONAMER. A.R.H.N.R.G.
8. Raimbault G. El psicoanálisis y las fronteras de la medicina. Clínica de lo real. Ed. Ariel. S.A.. Barcelona. Octubre 1985.