

LA COMUNICACIÓN ENTRE PERSONAS EN LOS ESPACIOS TERAPÉUTICOS.

Una introducción a la relación del médico y otros profesionales con sus pacientes.

Patricia Chuquisengo Olano* y Horacio Russo.**

Indice

1. Que es la relación Médico - Paciente.....	1
2. Importancia de la relación Médico Paciente.....	2
3. Modelos de relación Médico- Paciente.....	3
- Relación Cuasidiádica	
- Modelo Interaccional	
- Modelo de Leary	
- Modelo de Hollender	
- Modelo de la Bioética	
4. Ser Médico.....	6
5. Ser Paciente.....	7
6. La Consulta.....	8
7. Bibliografía.	10

Que es la relación Médico- Paciente.

Denominada por Mc Daniel "Alianza terapéutica", o Relación Terapéutica por Lia Rincón, puede ser definida como aquella interacción personal entre dos individuos con necesidades complementarias (una disminuida por su situación de enfermedad y la otra que cuenta con los recursos que atenuarán o harán desaparecer esa carencia) que se desenvuelve en un marco que posee características propias del momento histórico y del lugar.

Esta relación está basada en la **comunicación**, entendida como aquel "**Proceso transaccional y multidimensional**":

Denominado proceso porque no es estático, cambia, evoluciona. Transaccional por la influencia recíproca que cada elemento aporta y multidimensional porque involucra tanto la *dimensión del contenido* de lo que deseamos transmitir (lo que decimos) como la *dimensión relacional* que implica la forma de vincularse uno con otro (cómo lo decimos). Por lo tanto si una de las partes es conflictiva la dimensión relacional cobra mayor importancia que la del contenido del mensaje.

Importancia de la relación Médico Paciente

Es uno de los instrumentos mas valiosos para:

- Lograr Adhesión a tratamiento
- Mayor o Menor satisfacción con el sistema de salud
- Disminución de los juicios de mala praxis

Ej: Instituc. Americana de Cuidado de la salud (americal Journal 97):

Investigación de la relación Médico Paciente y la influencia de una consulta habitual para evitar o no aparición de Juicios de malapaxis, se lleva adelante grabando entrevistas médicas de Rutina. Participaron 59 médicos de Atención Primaria, y 65 cirujanos, se evaluaron 1256 cassettes.

Conclusiones:

Los médicos que habían dedicado 15´minutos como mínimo a la entrevista no tuvieron Juicios de mala praxis, estos médicos además tenían como característica que anunciaban al paciente qué iban a hacer, escuchaban su opinión, fomentaban el buen humor y se reían con el paciente. Entre los cirujanos no se encontró relación causal entre entrevista habitual y aumento o no en el número de demandas, infiriéndose que de un cirujano se espera expertés es su que hacer y no en continencia afectiva.

Este ejemplo nos da la posibilidad de apreciar la importancia y trascendencia de la consulta habitual en la relación medico – paciente (M-P). Constituyéndose como herramienta fundamental en la atención primaria de la salud.

Modelos de relación Médico- Paciente.

Existen varios modelos que intentan explicar los distintos roles que puede ocupar el médico y /o el paciente en los intentos de constituir la alianza terapéutica o relación médico paciente. A continuación desarrollaremos brevemente algunos de ellos:

- 1) Relación Cuasidiádica de Pedro Laín Entralgo.- Fundamento: "Menester – amor". diferentes momentos: Cognoscitivo – Operativo – Afectivo – Ético Religioso.
- 2) Modelo Interaccional.- se centra en las relaciones, interacciones y el contexto.
- 3) Modelo de Leary.- analiza los ejes Dominación - Sometimiento, amor - odio.
- 4) Modelo de Hollender.- Considera La relación, desde las posiciones Actividad – Pasividad, dirección-cooperación, participación mutua y recíproca.
- 5) Modelo de la Bioética

Relación Cuasidiádica de Pedro Laín Entralgo.

Basada en el binomio "Menester-amor", para Laín Entralgo, existiría un carenciado y un satisfactor de esa carencia.

Para él, la relación M-P es un encuentro entre dos personas, una de ellas necesitada de ayuda (el enfermo) y la otra (el médico) capacitado para brindar esa ayuda. Establece que en este desarrollo de la relación existen distintos momentos:

- a) **Momento Cognoscitivo.-** Etapa del diagnóstico, modo de conocer del médico. Este se realiza en el marco de una relación que como todas las Rel. Humanos, puede ser : **Objetivante** o **Interpersonal**.

La Relación objetivante se caracterizan porque existe un interés común pero exterior a cada integrante, ej. Un negocio entre dos socios, es una relación dual.

La Relación Interpersonal, el interés que los convoca es común e interno a cada integrante, ej. La amistad, la relación madre hijo, es una relación diádica.

Laín Entralgo sostiene que la relación M-P es Cuasidiádica ya que el interés por conservar la salud es de ambos, pero es el paciente quien padece la dolencia.

- b) **Momento Operativo.-** Consiste en la actividad terapéutica del médico que inicia desde la escucha empática durante la consulta, la prescripción del medicamento y no termina sino hasta el alta. Laín considera al tratamiento como un acto social, y al alta un juicio que devuelve al enfermo a la sociedad con la designación de hombre sano.

- c) **Momento afectivo.-** Existen 3 formas de vinculación entre M-P
 - 1) Camaradería — M y P aspiran a solucionar la enfermedad pero con poco compromiso personal.
 - 2) Amistad Médica— La confianza se acrecienta en la relación y el paciente empieza a revelar sentimientos profundos al médico, a quien ve como un

confidente, el médico por su parte obra bajo el principio de la beneficencia hacia su paciente . La Relación es técnica y afectiva.

- 3) Transferencia y Contratransferencia.- Tiene que ver con mecanismos internos que juegan en el médico y el paciente, transfiriendo a la relación, ciertas actitudes inadecuadas, repitiendo modelos aprendidos, etc.

La Transferencia: es un fenómeno que favorece a la reactivación de conductas infantiles, irracionales, en un contexto favorecido por significado de la enfermedad, miedo a la muerte, etc. Ej: afectos desajustados, odios repentinos.

La Contra transferencia: Son todas las emociones que se despiertan en el médico por actitudes del paciente: Ej: Si el médico tiene fliar. Fallecido por DBT, se enojará mas con su paciente diabético si éste no cumple sus indicaciones.

Para una mejor Alianza terapéutica, lo recomendado es una actitud Empática que consiste en: Proceso que permite entrar al terapeuta en el mundo del paciente sin prejuicios, dejando sus propios valores y propios puntos de vista. Es decir **Covivenciar** con el otro es empatizar, no es una reacción a lo que el paciente siente, sino una identificación transitoria. Luego de esto, el segundo paso es tomar distancia, y el tercero valorar lo comprendido para elaborar estrategias y proponer decisiones.

d) **Momento ético religioso:** Lo ético como lo religioso son inherentes al hombre, esto se aprecia claramente cuando el hombre ante un estado de enfermedad se plantea por qué le pasan las cosas, cual es el sentido de su vida, el por qué recuperar su salud, etc. Por otra parte el médico religioso o no, dirige su accionar basándose en los principios de la Bioética.

Modelo Interaccional

Surge de algunos postulados de la psicología social y algunos de la Teoría de la Comunicación (1960). Intenta explicar las relaciones humanas que se desarrollan entre M-P u otros profesionales de la salud. Aporta el concepto de que la comunicación es un proceso no un intercambio, los sujetos que participan se retro alimentan en un contexto que cambia de modo permanente. Analiza 3 aspectos, el de las relaciones, el de las interacciones y el del contexto

Relaciones.- Implica todos los aspectos psicosociales del rol que se desempeñe, el cual puede ser:

Complementarias, donde cada uno de los miembros desarrolla funciones que son asimétricas, que no compiten ni se oponen, se articulan. El control es desigual uno tiene mas que el otro, las relaciones son estables y predecibles, no se pierde tiempo en la negociación. Ej: Relación Médico – Paciente.

Simétricas: No existe desigualdad, el control se reparte por igual, ante cada cambio se redefine el control. Estas relaciones permiten compartir ideas, responsabilidades, y decisiones. Ej, equipo de Profesionales entre sí en una sala de internación.

Paralelas: Los objetivos no son comunes, el control se transfiere entre los participantes. Puede virar entre complementaria y simétrica.

Ej, Médico Enfermera, médico que interconsulta a un especialista.

Este modelo permite el análisis de la interacción entre M-P, M-familiares del paciente, Profesionales entre si, Enfermo con su familia.

Interacciones

Tiene que ver con las acciones y afectos recíprocos entre los miembros del equipo de salud, incluyen la comunicación verbal y no verbal, la coherencia entre ambos tipos de comunicación facilitan la comprensión del mensaje.

Contexto

Representado por el ambiente donde tiene lugar la interacción M-P. El tono de la voz, la actitud corporal, que se expresan en el consultorio no son los mismos que en la guardia de un Hospital.

Modelo de Leary

Leary desarrolló un modelo de interacción humana en 1955, sobre la base de la observación empírica de los acontecimientos que tenían lugar durante los tratamientos psicoterápicos que él efectuaba. Sostiene que la interacción entre las personas gira en torno a dos ejes:

Dominación – Sometimiento (adoptar una posición, determina la otra)

Amor –Odio (asumir una conducta , estimula en el otro actitud del mismo signo).

Modelo de Hollender

Se trata de un modelo centrado en las actitudes que médico y paciente pueden adoptar en el transcurso de una enfermedad.

Así por ejemplo, el Paciente se comporta con mayor pasividad en una emergencia (ej. accidente en vía pública), el médico por tanto debe ser activo, asemejándose al prototipo de relación de Madre-Lactante.

En cambio, cuando la enfermedad es aguda (ej. Bronquitis), el médico asume la dirección con la cooperación del paciente, tal como ocurre en relación padre hijo.

En el caso de enfermedades crónicas o estrategias de rehabilitación, la relación evoluciona hacia una de participación mutua y recíproca, asumiéndose a una relación según el modelo adulto-adulto.

Modelo de la Bioética

Basado en los principios de la Bioética:

No Maleficencia

Beneficencia

Autonomía

Justicia.

Surge en medio de los cambios producidos por el gran avance tecnológico y científico del siglo pasado, motivada por los excesos ocurridos contra los seres humanos (Ej. Hiroshima y Nagasaki), aportando el sentido ético al accionar del médico, constituyéndose como dilemas éticos a aquellos que surgen cuando los principios que se pretenden defender entran en conflicto entre ellos de tal forma que cada uno sólo puede ser protegido en desmedro del otro.

A continuación compartiremos algunas reflexiones necesarias para comprender la siguiente parte de la clase, ellas nos aproximarán a algunos conceptos como ¿que significa ser médico? y ¿que significa ser paciente?

Ser Médico

Si hiciéramos una revisión en la historia acerca de cuáles son las cualidades que debería poseer un médico, a fin de ejercer bien su profesión, encontraremos que las mismas han ido variando con el tiempo y el contexto. Para Vidal y Benito (Acerca de la Buena comunicación en medicina) para occidente, podemos considerar como las cualidades aceptadas en este momento a las que siguen:

"Vocación de servicio, preparación, y formación científica actualizadas, capacidad de escuchar empáticamente, de ganarse la confianza de los enfermos, de contenerlos y tranquilizarlos, poseer vocación docente y ejercerla con los pacientes, los colegas y todos los integrantes del equipo de salud y primordialmente respetar al paciente"

Lo que el médico Espera

"Que sus pacientes no se enfermen, curar a su enfermo"

Si bien está claro que el médico no cura las enfermedades, pues la evidencia muestra que ellas se curan espontáneamente en más del 90% de los casos, íntimamente, el médico se forma queriendo creer que curará a su enfermo.

Otros deseos interiores del médico se expresan a continuación, a fin de lograr la premisa anterior:

- Que el paciente aporte los datos necesarios, sin ocultar información para llegar al Diagnóstico (Dx).
- Que el paciente cumpla sus indicaciones, confíe en él, mantenga la calma, que no desorganice su actividad como médico.
- Que la familia sea un soporte para el enfermo
- Anhela el respecto y la estimación del paciente y la familia

Ser Paciente

Lo que el Paciente espera

- Que el médico cumpla con amabilidad y eficiencia sus objetivos, sin promover incertidumbres generadoras de angustia.

Lo que significa ser Paciente

El Paciente no tiene obligación de saber que siente el médico ni de comprenderlo, pero el médico si debe hacerlo. Debemos comprender que el mundo de los que han perdido la salud, cambia, porque la percepción de malestar, se imponen desde el mismo momento del despertar, la preocupación invade su psique, y ocupa un lugar central en su vida y en la de su familia. El cómo se respira, si el dolor está o se hará presente, el cansancio persistente, la fiebre, los controles médicos, todo esto pasa a formar parte de la vida. Con esto queremos decir que No es posible la instalación de un vínculo terapéutico si no existe la comprensión empática de la vivencia de la enfermedad.

Vamos a aclararlo con un ejemplo: Una paciente joven fue internada con disnea y gran deterioro del estado general producto de una neumonía aguda de la comunidad refractaria al tratamiento ambulatorio. Luego de 3 días de internación y con evidente mejoría clínica el médico considerando que no era mas necesaria su estadía en el Hospital, le informa que al siguiente día le daría el alta, la paciente en lugar de alegrarse con la buena noticia, recordando lo mal que se había sentido los días previos a su internación se angustió terriblemente, y rompe a llorar, el médico enojado por la resistencia al alta, sin comprender lo profundo de la escena, se retira enojado, catalogando a la paciente de "psiquiátrica". Es muy probable que si el médico hubiera dedicado unos minutos más al interrogatorio de la paciente, tratando de comprender y convivir la raíz de su actitud de angustia, explicándole con paciencia las razones por las que él creía que la paciente ya

estaba en condiciones de alta, hubiera realizado una práctica más efectiva sin sentir enojo por la actitud de la paciente y hubiera conseguido con éxito una mejor aceptación de la decisión de alta por parte de la paciente.

La consulta

Son diferentes las causas por las que el individuo consulta. En algunas oportunidades asistirán para un control de salud, otros requerirán atención de alguna patología aguda, otros para solicitar interconsultas, etc. Cada uno de ellos cargados con una emoción distinta y una imagen ideal de lo que esperan del médico que los atenderá. Estas imágenes estarán influenciadas por experiencias previas con otros profesionales, con el sistema de salud, etc, y será distinta la predisposición que presente el paciente si la consulta ha sido recomendada por un amigo, o por otro profesional de su confianza, que si el médico de cabecera del paciente no tenía turnos por tanto se vio obligado a cambiar de profesional, etc. De igual modo, el médico tendrá una imagen de sí mismo, de sus conocimientos y de lo que desea mostrar a sus pacientes. Cada uno de estos preconceptos armados constituirá un factor importante en la relación. El 1er encuentro entre paciente y médico marcará el rumbo de la futura relación, por ello, un paso importante a realizar, luego del saludo y la presentación debe ser el encuadre, definido como: "Todas aquellas condiciones pactadas entre médico y paciente al inicio de la consulta, y comprende las reglas y normas donde se va desarrollar la relación:

- Horarios y días de atención (Puntualidad)
- Forma de comunicarse en urgencias y feriados si es necesario.
- Modalidad de atención durante vacaciones."

Luego de esta primer parte es de gran ayuda identificar en la consulta quien es el paciente y quien el cliente, por. Ej. Cuando viene una madre con su bebé, si bien el paciente es el pequeño, es la madre quien los trae a la consulta y constituye el cliente. Muchas veces los maridos son los pacientes que vienen a la consulta refiriendo que la esposa (cliente) es quien lo envió a consultar. El objetivo de este paso será permitir al "cliente" la participación activa en la consulta ya constituirá un recurso muy valioso para acompañar al paciente en su proceso de recuperación. Es importante también como médicos de familia, no individualizar la atención en el que solicita la consulta, debemos hacer el esfuerzo por conocer el entorno y los recursos con que cuenta el paciente para sobre llevar su enfermedad o conservar su salud, y aprovechar estos momentos de salud para realizar prevención.

Durante la consulta es fundamental observar y utilizar los distintos elementos de la comunicación: verbal, para verbal y no verbal.

Es importante que al inicio de la exposición del paciente no se le interrumpa (está comprobado que a los 18 seg de que inicia la exposición interrumpimos) y exprese en sus propias palabras lo que siente, posteriormente nosotros haremos las preguntas que creamos convenientes para cerrar el cuadro, es importante además indagar cómo este sintoma o enfermedad afecta su vida, y que miedos tiene respecto a su dolencia .

Exámen Físico

"Un médico experimentado lo primero que hace es sentarse y con continencia cariñosa le pregunta al paciente como se siente y si éste expresa algun temor, lo calma conversando de un modo entretenido y sólo después toca al paciente"
Aulus Aurelius Cornelius Celsius 25 aC-50dC.

Una vez obtenidos los datos de la historia clínica, continúa la exploración física, es conveniente explicitar que vamos a explorar su cuerpo, esto es como un pedido de permiso, reconociendo el derecho del paciente sobre su cuerpo, demostrando actitud respetuosa. Si el paciente no desea realizar cierta exploración (Por ej. un tacto rectal), puede ser por vergüenza, porque el médico es joven o de diferente sexo, en este caso se debe explicar el objetivo de la exploración o en todo caso que se dejará para una próxima consulta y hasta puede ofrecérselo que realice la práctica otro profesional. Este acto fomentará en el paciente una sensación de confianza y será interpretado como un acto de respeto del profesional hacia su persona.

El Diagnóstico

Siempre hemos escuchado decir que la Medicina es una "arte", pero ¿por qué es una arte?, es un arte, porque el médico, al igual que el artista, debe ser capaz de "comprender" lo que está más allá de las palabras, debe comprender lo que ve, lo que examina y principalmente los sentimientos y emociones que el paciente expresa en la consulta respecto a lo que le está pasando. Y todo esto ¿para qué? para poder encontrar una respuesta que pueda responder a las necesidades del paciente (El diagnóstico). Por esta razón, el médico debería estar capacitado para comunicarse adecuadamente con el paciente, no solo durante una consulta habitual sino especialmente cuando debe informar algún diagnóstico. A continuación ofrecemos algunas pautas útiles a emplear:

- No es suficiente brindar la información técnicamente apropiada.
- Los vocablos técnicos confunden, las personas muchas veces no se atreven a manifestar que no entendieron

- Las explicaciones deben ser dadas en un lenguaje claro y conciso adaptando la información al nivel de instrucción y a la capacidad de comprensión de cada enfermo.
- El efecto que se produzca en el paciente depende de lo que entendió él, no de lo que el médico le dijo.

"Si te juzgas pagado lo bastante con la dicha de una madre con una cara que sonríe porque ya no padece, con la paz de un moribundo a quien ocultas la llegada de la muerte, si ansías comprender al hombre, penetrar todo lo trágico de su destino: hazte médico hijo mío"

Consejos de Asclepio (128-56) Dios griego de la Medicina.

Bibliografía

- Acerca de la Buena comunicación en medicina Ma. Del Carmen Vidal y Benito
- Orientación Familiar en la práctica médica, Susan Mc Daniel
- Medicina Familiar, Roa, Ruiz, Siede.
- La Relación terapéutica, Lía Rincón

*Patricia Chuquisengo es médica, residente de Medicina Fliar. de OSPECON. Docente Cátedra I Toxicología UBA.

**Lic. Horacio Russo, Centro de Posgrado UNIDA, Docente a cargo del Posgrado en Salud Comunitaria, Docente a cargo del Posgrado en Gestión Participativa de Proyectos.