



Asociación Mexicana de Tanatología, A. C.



**LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE ANTE EL
DOLOR HUMANO Y EL SUFRIMIENTO. UN FACTOR
IMPORTANTE EN EL DESARROLLO DE LA SALUD**

TESINA QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO EN

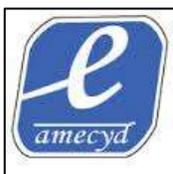
TANATOLOGIA

Generación 2014 2015

Presenta: Dra. Juana Guerrero Sámano

Profesora: Marcela I. Feria Ochoa.

Directora de la tesina



Asociación Mexicana de Educación Continua y a distancia

México, D.F. a 06 de Febrero de 2015

DR. FELIPE MARTÍNEZ ARRONTE

Presidente de la Asociación

Mexicana de Tanatología A.C.

PRESENTE.

Por medio de la presente le informo que revisé y aprobé la tesina
que presentó:

La Dra. Juana Guerrero Sámano

Generación 2014-2015

El nombre de la tesina es:

LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE ANTE EL DOLOR
HUMANO Y EL SUFRIMIENTO. UN FACTOR IMPORTANTE EN EL
DESARROLLO DE LA SALUD

Atentamente

Profa. Marcela I. Feria Ochoa:

Directora de tesina Asociación Mexicana de Tanatología, A.C.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza desde mi procreación cuando a punto de perder la vida he estado, gracias a él he logrado concluir estos estudios, por darme la dicha, pasión, inteligencia, paciencia y oportunidad para poder llevar a cabo a su término esta tesina.

Agradezco a mis hermanas, Josefina y Silvia que siempre han estado junto a mí, por su apoyo incondicional, sus palabras de aliento, su compañía cuando más lo he necesitado y por compartir excelentes y malos momentos.

Aunque en la mayoría de las veces parece que estuviéramos en una batalla, hay momentos en los que la guerra cesa y nos unimos para lograr nuestros objetivos.

Agradezco a mis padres porque ellos siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo, su amor, sus valores y sus consejos para hacer de mí una mejor persona

A mis compañeras y todas aquellas personas que de una u otra manera han contribuido para el logro de mis objetivos.

Gracias a Dios por concederme la mejor familia a la cual amo.

Quiero agradecer a todos los pacientes por la confianza que me brindan durante las jornadas laborales; aquellos que se encuentran en crisis, huyendo de todo lo que les representa sufrir y padecer física y moralmente, de todo lo que les implique compromiso o responsabilidad, poniendo en mis manos la bella responsabilidad de hacerlos sentir mejor con su apariencia y me han convertido en parte de su familia.

Gracias por permitirme ayudar a todos aquellos pacientes durante las diversas crisis para que nunca se sientan manipulados ni maltratados, así como auxiliar al paciente a manejar su afectividad, los rechazos sociales y muy importante su propia espiritualidad

Recordando que el paciente, por más que se encuentre enfermo, nunca pierde su dignidad.

Ustedes son los que me hacen sentir que el trabajo serio, tenaz y profesional es recompensado de una forma que el dinero no puede comprar.

*“No se puede enseñar nada a un hombre;
sólo se puede ayudar a encontrar
la respuesta dentro de sí mismo”.*

INDICE

INTRODUCCION	7
JUSTIFICACIÓN	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
OBJETIVOS GENERALES:	10
HIPÓTESIS	10
MARCO TEÓRICO.....	11
Capítulo 1	11
La comunicación Médico-Paciente.....	11
1.1. Antecedentes históricos en la comunicación médico-paciente.....	11
1.2. Comunicación médico-paciente.....	14
1.3. Metas de la comunicación médica.....	15
1.4. Habilidades en la comunicación médico-paciente.....	17
1.5. La relación en la comunicación médico- paciente.....	18
1.6. La comunicación médico- paciente y familia.....	20
1.7. La familia tiene que estar informada	21
Capítulo 2.....	23
Ética y Comunicación.....	23
2.1. Ética Médica	23
2.2. Ética en el paciente.....	25
2.3. La ética dentro de la comunicación médico- paciente.....	27
Capítulo 3.....	28
La Relación Médico y Paciente.....	28
3.1. Comunicación Médico-Paciente ante el dolor humano y el sufrimiento... ..	28
3.2. Eficacia de una buena comunicación.....	31

3.3. Sugerencias para una efectiva comunicación médico- paciente ante el dolor humano.....	33
3.4. Obstáculos para una buena relación médico- paciente	36
CONCLUSIONES.....	38
BIBLIOGRAFÍA:	39

LA COMUNICACIÓN MÉDICO- PACIENTE ANTE EL DOLOR HUMANO Y EL SUFRIMIENTO. UN FACTOR IMPORTANTE EN EL DESARROLLO DE LA SALUD.

INTRODUCCION

“Hablar de nuestra pena nos ayuda a calmarla”

Pierre Corneille

En nuestros tiempos nos enfrentamos en la vida con problemas de tipo profesional, social, familiar y económico, sin embargo terminamos encontrando alguna solución o alguna respuesta, pero que sucede cuando nos confrontamos con un factor como lo es nuestra salud y ante el sufrimiento, inherente al ser humano que es un gran misterio y al mismo tiempo una de las cuestiones más serias que se pueden abordar debido a que afectan directamente el drama del hombre y su existencia. Es humano querer evitarlo a toda costa; sin embargo, es una de las realidades más fuertes para cualquier persona porque se vive de manera integral y se convierte en un momento importante de comunicación por parte del médico y del paciente.

Durante muchos siglos la comunicación verbal y no verbal han sido un medio para lograr un contacto de entendimiento en todos los contextos de nuestra vida, ha sido sin duda la manera más importante de expresión.

Ahora enfocándonos en la comunicación médico-paciente, un rubro muy significativo para el seguimiento de la atención de un paciente con sufrimiento y/o dolor humano podemos entender que mucho de esta relación nos lleva a comprender que la manera en la que se da, podría ser la forma en la que tanto el enfermo como la familia, desestabiliza todas sus áreas bio-psico-social-espiritual. Cuando se sufre el mundo se torna caótico y parece amenazar la propia integridad.

JUSTIFICACIÓN

El dolor es inevitable, el sufrimiento es opcional.

M. Proust

La importancia de construir y mantener una comunicación adecuada con el paciente es innegable para cualquier disciplina médica, la comunicación se ha considerado como un “instrumento” indispensable para el trabajo del médico de la familia. En el ser humano existe un profundo miedo a sufrir que se manifiesta a nivel cultural y en la sociedad actual, donde el bienestar está por encima de todo, lo que hace que el dolor y el sufrimiento se vean como una desgracia para quien los padece y los que se encuentran a su alrededor.

Un razonamiento inicial para estimar la importancia de la comunicación en la relación médico paciente; es que el médico demuestre estar interesado por él, que utilice palabras comprensibles, transmita tranquilidad, aconseje al paciente pero que le permita ser él quien decida, que tenga libertad para comentar sus puntos de vista y que el médico considere su estado emocional ante el sufrimiento. La experiencia de sufrir enfrenta a la persona con sus limitaciones, con sus pérdidas; el sufrimiento remite a la muerte y a la trascendencia, pero también al hecho de seguir viviendo.

Una de las mayores necesidades del paciente es ser entendido y conocido, esto es: que una de las mayores cualidades del médico debe ser su conducta afectiva que le permita reflejar sentimientos, mostrar empatía y preocupación por sus pacientes. El ser humano ve su dolor como el más grande, como algo íntimo e inoportuno y por ello busca terminar con él; de esta realidad surge la pregunta ¿Por qué sufrir?, ¿Por qué a mí? ¿Por qué si soy bueno?

Es por ello que en esta investigación se pretende recopilar información para analizar qué tan importante es una comunicación positiva entre médico- paciente al inicio de la consulta y en el proceso del dolor, para así lograr un estudio más detallado, dando al final una propuesta.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“Quien tiene por qué vivir, puede soportar casi cualquier cómo”

Nietzsche

Se puede decir que uno de los problemas más serios que afecta en la comunicación médico- paciente es la manera de informar sobre lo que pasa y pasara, pues podría llegar a ser un factor muy importante en la confianza y aceptación de diferentes tipos de dolor físico y de sufrimiento.

La comunicación no verbal es tan importante como la comunicación verbal pues en situaciones de dolor humano y sufrimiento el paciente es aún más vulnerable y sensible a todo tipo de información, lo que hace aún más inquietante la relación médico- paciente.

Es importante sin duda la educación previa del médico pues como propone George Engel en su modelo psicosocial, que el médico no solo cuente con conocimiento científico y destrezas técnicas, sino también con conocimientos de disciplinas sociales, humanísticas y de comunicación personal, pues eso favorecería la comunicación en la relación médico- paciente.

Ahora bien, en los últimos años de tantos avances médicos ¿Cuáles han sido las prioridades de desarrollo, técnicas o humanísticas? ¿Qué importancia le han dado al acercamiento emocional entre el médico y el paciente? ¿Se ha logrado un trabajo completo para lograr que el paciente se recupere plenamente de un dolor físico, emocional, familiar, social o espiritual?, son puntos importantes que se necesitan retomar.

OBJETIVOS GENERALES:

- * Entender la importancia de la comunicación médico-paciente ante el dolor humano y sufrimiento.
- * Escuchar y ayudar a reconocer las necesidades del paciente ante situaciones de sufrimiento y dolor.
- * Expresar emociones y sentimientos, reinventado juntos nuevas búsquedas y proyectos en el doloroso proceso del sufrimiento y dolor humano.

HIPÓTESIS

Si la comunicación entre el médico y el paciente es buena podría ayudar a sanar, mitigar o al menos, estabilizar el sufrimiento para que el paciente pueda seguir viviendo lo más dignamente posible

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1

La comunicación Médico-Paciente

1.1. Antecedentes históricos en la comunicación médico-paciente.

El Corpus Hippocraticum llegó hasta nuestros días. Lo integran más de sesenta libros de Hipócrates. Entre ellos, se establecen principios claros sobre la conducta que debía observar todo médico:

"Haz todo esto con calma y orden, ocultando al enfermo durante tu actuación la mayoría de las cosas, dale órdenes oportunas con amabilidad y dulzura, y distrae su atención. Repréndele a veces estricta y severamente, pero otras, anímale con solicitud y habilidad, sin mostrarle nada de lo que le va a pasar, ni de su estado actual"

Esculapio. Mucho antes del nacimiento de Hipócrates, alrededor de poco más de un milenio, existió el Médico-Dios más célebre de Grecia, que vivió en el siglo XV a. de C. en Grecia y se llamó Asclepios para los griegos y Esculapio para los romanos. Existe sobre él una leyenda que figura en La Ilíada de Homero. Tenía origen divino y humano a la vez: hijo de Apolo (médico de los dioses) y de Coronis,.

Pitágoras de Samos (572-497 AC) fundó su primera escuela en su lugar de nacimiento y, durante la tiranía de Polícrates, alrededor del 525 AC, al sur de Italia, fundó su segunda escuela, abierta a hombres y mujeres. Vio que el arte de curar no era cuestión de religión, sino de profesión. Visitando enfermos a domicilio, se rodeó de discípulos, con los cuales iba a los pueblos. Pitágoras imponía normas estrictas de ética, para lo que tenía un código moral. Antes de

que el discípulo pudiera ejercer, lo sometía a un juramento que más tarde daría origen al juramento Hipocrático.

Hipócrates de Cos (460 AC- ¿477-475? AC). Se le conoce como el padre de la medicina moderna. Nació en Cos, pequeña isla en el Mar Egeo, vivió en Grecia. Era hijo de Eráclito y nieto de Hipócrates, ambos médicos también.

El concepto del triángulo hipocrático ha perdurado hasta nuestros días. En el libro "Epidemias" Hipócrates escribe "el arte se compone de tres cosas: la enfermedad, el enfermo y el médico". El médico y su paciente debían colaborar fielmente para derrotar la enfermedad. Y el primer aforismo ha sido repetido por milenios: "*la vida es corta, el arte largo, la ocasión fugaz, la experiencia insegura, el juicio difícil. Es preciso no sólo hacer uno lo debido, sino también que el enfermo, los presentes y las circunstancias externas contribuyan a ello*".

XXV Siglos de Medicina Hipocrática: La relación de comunicación médico-paciente se fundamentó en tres puntos básicos, que todos, médico y pacientes, reconocían, aceptaban y respetaban:

- Al amparo del principio de beneficencia y no maleficencia.
- El médico es un ser superior, cuasi Dios.
- La relación es asimétrica y la ecuación es vertical, la tutela del médico es paternalista y por ende proteccionista.

Posteriormente, otros juramentos consideraban la relación médico paciente, siguiendo el criterio hipocrático.

Relación médico-paciente se entiende aquella interacción que se establece entre el médico y el paciente con el fin de devolverle a éste la salud, la esperanza, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad; sigue siendo, por encima de los avances tecnológicos, tan importante para la práctica médica y tan imprescindible en la formación integral del médico; como siempre, necesita establecer este diálogo con el enfermo del que depende en gran parte el éxito terapéutico.

En las últimas décadas del S. XX la forma de relacionarse los médicos y los enfermos cambió más que en los veinticinco siglos anteriores. La evolución de este fenómeno a lo largo del tiempo afectó a los tres elementos involucrados:

1. El médico, que de ser padre sacerdotal (como correspondía al rol tradicional de su profesión) se fue transformando en un asesor técnico de sus pacientes, a los que ofrece sus conocimientos y consejos, pero cuyas decisiones ya no asume.
2. La relación clínica, que de ser bipolar, vertical e infantilizante, se fue colectivizando (con la entrada en escena de múltiples profesionales sanitarios), se fue horizontalizando y se fue adaptando al tipo de relaciones propias de sujetos adultos en sociedades democráticas.
3. El enfermo, que tradicionalmente había sido considerado como receptor pasivo de las decisiones que el médico tomaba en su nombre y por su bien, llegó a finales del siglo XX transformado en un agente con derechos bien definidos y amplia capacidad de decisión autónoma sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se le ofrecen, pero ya no se le imponen.

En esta rebelión se dice que él paciente se vuelve personal y que plantea su postura de una persona escuchada y comprendida, término que a la fecha sigue siendo un punto primordial para una relación médico- paciente. Sin embargo, en 1973 se vislumbró este tema como la rebelión de los pacientes y fue en esa fecha cuando se aprobó la primera carta de Derechos del Paciente por la Asociación Americana de Hospitales, donde se reconoce el derecho de ser una persona libre y autónoma y que es capaz de decidir por sus posibles opciones de tratamiento y a recibir su información diagnóstica completa y clara, hecho que junto con los demás derechos del enfermo se hicieron formales mucho años después.

Fue en el siglo XIX donde los médicos se integran a la clase burguesa e inician cobro de honorarios.

Es ahora en la actualidad donde la relación entre el médico y el paciente se ha transformado profundamente plasmando el cambio en un término llamado consentimiento informado, el cual consiste en comprender, aceptar o rechazar la información del diagnóstico y el tratamiento, pasando primero por una aceptación legal de este.

1.2. Comunicación médico-paciente

“La comunicación es el proceso que establece la relación entre los seres humanos al transmitir, desde un emisor hasta un receptor, un mensaje por medio de un código, y del cual, generalmente, se espera una respuesta”.

El éxito de cualquier entrevista clínica depende de la calidad de la comunicación médico-paciente. Las habilidades comunicacionales efectivas son parte del quehacer de un buen médico y por lo tanto, la comunicación es considerada una de las competencias básicas en la formación médica. Con el uso de habilidades de comunicación efectiva, se busca aumentar la precisión diagnóstica, la eficiencia en términos de adherencia al tratamiento, y construir un apoyo para el paciente. Una comunicación efectiva promueve la colaboración entre el médico y el paciente, donde el foco de la entrevista no está centrado en el médico ni en el paciente, sino en la relación de ambos. Parte importante del aprendizaje de cualquier competencia es la definición clara que desglosa sus componentes: conocimientos, habilidades y actitudes. Hoy existe una base sólida de evidencia que aporta al conocimiento de cuáles son los componentes de una comunicación efectiva en medicina.

Se estima que un médico realiza entre 86.000 y 120.000 entrevistas durante su carrera profesional, asumiendo que atiende entre 3 y 4 pacientes por hora en una jornada de 22 hrs a lo largo 30 años. Sólo por este número de entrevistas resulta

valioso prestar atención a lo que se puede hacer para que dichas interacciones sean más satisfactorias. Es importante considerar lo que se logra cuando la comunicación entre los pacientes y sus médicos son efectivas.

1.3. Metas de la comunicación médica

- Promover el vínculo y la colaboración entre el médico y el paciente.
- Lograr aumentar:
 - La precisión en la definición de los problemas presentado por el pacientes y en sus diagnósticos.
 - La eficiencia de la entrevista –un mejor diagnóstico con un plan de manejo aceptado por el paciente todo en un tiempo adecuado
 - El apoyo al paciente
- Mayor satisfacción del paciente y del médico
- Mejorar los “outcomes” o logros de la atención

El uso efectivo de habilidades comunicacionales (HC) realizado por los médicos en el ámbito clínico beneficia tanto al profesional como a sus pacientes. Por una parte, el médico identifica los problemas de sus pacientes con mayor precisión y por otra, disminuyen las demandas y litigios iniciados en su contra.

En los años cuarenta, el foco empieza a moverse hacia la comunicación interpersonal, lo cual incorpora nuevos elementos. Hay dos conceptos centrales en este nuevo enfoque interpersonal, ambos relevantes para la comunicación en medicina. El primero es la confirmación: reconocer, darse cuenta y apoyar a otra persona. El segundo concepto central de este enfoque es el entendimiento mutuo en un terreno común. Hace unas décadas Baker denominó esta idea como “identificación recíproca” y señaló que al hablar con el otro sobre este terreno en común que se comparte desde un comienzo, las personas alcanzan un entendimiento mutuo y consciente de él.

A partir de este contexto histórico, Kurtz describe la “comunicación efectiva” como aquella fundada en cinco principios:

1. Asegura una interacción en vez de una transmisión directa o simplemente entrega de información (venga ella del médico o del paciente). Hay intercambio y “feedback” (retroalimentación); hay oportunidades para intercambiar preguntas y respuestas, clarificaciones, etc.

2. Reduce la incertidumbre innecesaria. La incertidumbre distrae la atención e interfiere con la precisión, la eficiencia y la relación. Podemos, por ejemplo, reducir la incertidumbre sobre cómo el médico va a llevar a cabo la entrevista, sobre las expectativas que el paciente tiene de la visita al doctor, sobre la manera en que el equipo de salud trabaja, etc.

3. Requiere planificación, basada en los “outcomes” o resultados que se pretende conseguir. Si el profesional está enojado y quiere expresar su rabia, se va a comunicar de una manera determinada; pero si quiere evitar el malentendido que puede producir su rabia, en ese caso debería actuar en forma diferente.

4. Demuestra dinamismo, lo que significa que el médico debe reaccionar frente a la conducta del paciente, Implica flexibilidad y requiere que el médico desarrolle un repertorio de habilidades que le permitan aproximarse en forma diferente a los distintos pacientes o bien al mismo paciente pero en diferentes circunstancias.

5. Sigue un modelo helicoidal más que lineal. Llegar y hacer no es suficiente. Si se quiere lograr una comprensión completa y precisa, se tiene que volver nuevamente sobre la información y quizás una vez más, de una manera helicoidal, subiendo cada vez por la espiral a un nivel de comprensión diferente. La repetición, la reiteración, son elementos esenciales de una comunicación efectiva.

1.4. Habilidades en la comunicación médico-paciente.

Kurtz y Silverman han resumido las habilidades específicas que ayudan a una comunicación efectiva en la guía de observación de Calgary-Cambridge (Guía CC).

Proporcionando estructura	Etapas de la entrevista	Construyendo la relación
Avanza de una sección a otra, utilizando enunciados que señalicen cambios o transición.	<p>Iniciando la sesión</p> <p>Establece el contacto inicial.</p> <p>Saluda al paciente y obtiene el nombre del paciente.</p> <p>Se presenta, aclara su rol y la naturaleza de la entrevista: obtiene consentimiento si fuera necesario</p> <p>Identifica lo(s) motivo(s) de consulta.</p> <p>Identifica los problemas del paciente con preguntas abiertas.</p> <p>Escucha atentamente el planteamiento inicial del paciente sin interrumpirlo ni guiar su respuesta.</p>	Demuestra comportamiento no verbal apropiado: contacto visual, Postura.
Está atento a los tiempos y a mantener el foco de la entrevista.	<p>Recogiendo información.</p> <p>Utiliza preguntas abiertas y cerradas en forma equilibrada.</p> <p>Facilita en forma verbal o no verbal las respuestas del paciente.</p> <p>Clarifica los enunciados del paciente que no resultan claros.</p> <p>Resume periódicamente para verificar su propia comprensión.</p> <p>Determina activamente la perspectiva del paciente (Expectativas, miedos etc.)</p>	Acepta la legitimidad del punto de vista y los sentimientos del paciente; no juzga
Durante el examen físico, explica el proceso, pide permiso. Estructura la entrevista siguiendo una secuencia.	<p>Explicación y planificación.</p> <p>Proporciona la cantidad y tipo de información correcta.</p> <p>Contribuye a que el paciente recuerde y comprenda de manera precisa.</p> <p>Estimula al paciente a formular preguntas.</p> <p>Logra un entendimiento y planificación en común: incorporando la perspectiva del paciente.</p>	Reconoce y verbaliza las emociones evidentes en el paciente. Brinda apoyo; expresa comprensión.
	<p>Cerrando la sesión.</p> <p>Establece junto con el paciente los pasos a seguir.</p> <p>Resume la sesión brevemente y clarifica el plan de cuidados.</p> <p>Verificación final: chequea que el paciente esté de acuerdo y cómodo con el plan</p>	Hace participar al paciente: Comparte su pensamiento.

Es por esto que esta investigación hace énfasis en la comunicación médico-paciente ya que es indudablemente el núcleo de la asistencia médica y el factor importante para el ser humano que ve su dolor, como el más grande, como algo íntimo e inoportuno y por ello busca terminar con él.

Además de saber la opinión de los familiares ante esa comunicación, pues son ellos en la mayor parte de las ocasiones los que brindan el apoyo emocional al paciente y en la mayoría de los casos, partícipes en el dolor para superarlo.

1.5. La relación en la comunicación médico- paciente

El paciente no es un “caso clínico”, ni un número en la lista de espera, es una persona con sentimientos y emociones, “no hay enfermedades sino enfermos”...

La comunicación en el médico puede llegar a ser la base del crecimiento en la relación médico- paciente, si ésta es desarrollada desde el inicio del aprendizaje médico, pues cabría mencionar que el tema de la comunicación como materia indispensable de enseñanza en temas médicos, podría ser una opción más para el inicio de nuevas formas de relación médico- paciente.

Carlos Pardo dice que:

La relación médico-paciente dependen tres variables: el paciente, el que actúa como médico y las circunstancias, pues si no existiera esta relación no existiría la medicina, ni los médicos ni los pacientes, porque a diferencia de lo que ocurre en otras profesiones, ser médico amerita tener una relación estrecha con el paciente. Esta es, en esencia, una relación compleja y controvertida, determinada por múltiples factores de carácter económico, social, religioso, mágico, técnico, científico, político, ético, jurídico, vivencial, pero fundamentalmente humano, que coinciden en un mismo espacio en la búsqueda de un objeto común: la salud.

Además nos confirma la gran importancia que existe entre esta relación, pues el ser humano está hecho de relaciones interpersonales durante toda la vida y si

hablamos de un factor llamado salud es aún más importante, ya que en realidad es el agente que nos lleva a nosotros como individuos a la búsqueda constante de bienestar y control como persona, lo que hace que la relación del médico con el paciente sea el intermedio de información y comunicación para llegar a esa alerta y a esa tranquilidad.

“Se dice que a medida que el personal aprende la comunicación efectiva como parte de su papel como entrenadores de estudiantes, se vuelven más efectivos en su propia práctica médica y se convierten en mejores modelos para sus estudiantes”, lo que se puede decir que la enseñanza de la comunicación en el médico puede llegar a tener nuevos cambios en la relación médico- paciente, logrando que pueda haber una mejor interpretación diagnóstica.

Sin embargo, la congruencia es uno de los puntos primordiales para una buena comunicación, tiene como sentido la forma de unión entre el pensamiento y la acción, lo que hace que el paciente y el médico logre una conexión emocional y racional para establecer el proceso de la enfermedad, el tratamiento y el vínculo entre ellos y así llegar al éxito en su comunicación.

Se ha reportado que las habilidades de comunicación deficientes tienen consecuencias adversas sobre aspectos físicos, psicosociales y económicos en la atención a la salud. A medida que la medicina ha empezado a ser dominada por la tecnología avanzada, existe el peligro de que los médicos empiecen a distanciarse más de sus pacientes. El entrenamiento médico puede realmente alentar el proceso de desensibilización a los sentimientos de los pacientes y tener una influencia perjudicial sobre la capacidad de los médicos para comunicarse efectivamente con sus pacientes.

En México no solo la comunicación efectiva es necesaria en médico-paciente, sino también buenos Programas Institucionales, pues son éstos los que guían el desarrollo del médico dentro de su consultorio. Sin embargo, en México las Instituciones repletan al médico de pacientes logrando que éste no tenga el tiempo suficiente para dar un mejor tiempo al paciente, lo que podría resultar una baja calidad en su servicio y por lo tanto en su comunicación, pues con tan poco tiempo no se podría identificar perfectamente bien si la comunicación es afectiva o no. Es

por ello que las Instituciones requieren de un mejor auge en el desarrollo Institucional, esto para un mejor mantenimiento en la calidad del servicio, lo cual podría favorecer la comunicación médico-paciente.

1.6. La comunicación médico- paciente y familia

“Comunicar es compartir, pero también arriesgar”.

El paciente como ente de una sociedad y de una estructura familiar requiere de los cuidados, la cercanía y el cariño de las personas que lo rodean. Sin embargo es la familia la que en ocasiones es participe del sufrimiento y la agonía del ser querido que está en la cuerda floja de la vida, es por lo que la comunicación con ellos es primordial.

En términos generales el rol que toma la familia con el paciente ante situaciones de sufrimiento y dolor humano es tanto indispensable como lo es necesaria su participación en el tratamiento médico y psicológico, pues ellos nos ayudaran a tener una mayor perspectiva del ambiente en el que se desenvuelve el paciente, ayudando a que la comunicación en torno al médico y paciente sea más satisfactoria.

Virginia Satir (2002) nos dice que:

La familia es un sistema donde todo y todos reciben influencias e influyen en todo y todos los demás. Así, cualquier situación es el resultado de diversos estímulos y múltiples efectos, lo que a su vez significa que la culpa no es de un individuo. Lo que nos hace ver cómo podría afectar el desarrollo terapéutico del paciente ante situaciones de sufrimiento si se llega a trabajar con una familia disfuncional.

Además de ser la familia el punto de enfoque para que se logre una mejor intervención y comunicación con el paciente, es la responsable en muchas ocasiones de las decisiones del enfermo en su tratamiento.

La familia tiende a ser para el paciente el sostén en el transcurso del dolor humano, por eso es tan importante el trabajo grupal y la forma en la que llega la información del médico al paciente, esto hace poner mayor énfasis en las palabras que emiten los profesionales de la salud hacia los seres queridos del paciente con sufrimiento y dolor humano.

Esto nos llevaría a enfocarnos de igual modo a la medicina preventiva, llegando a ser uno de los puntos primordiales para el tratamiento efectivo.

1.7. La familia tiene que estar informada

“La familia perfecta empieza por el amor a aquél que tiene más cerca”.

Los médicos debemos tener muy presente que los familiares desean saber y tienen derecho a conocer qué le pasa al enfermo, qué es dolor humano, cuáles son sus causas si se conocen, qué tratamientos o terapias hay disponibles y cómo funcionan, cuál es la evolución y cómo han de planificar el futuro y qué recursos sociales tienen a su alcance.

Lo deseable es que ya desde los primeros contactos con la familia, se dé una buena información sobre la situación y se aconseje respecto a las dificultades emocionales que pueden aparecer en pacientes.

Alcanzar este objetivo requiere médicos bien formados y experimentados en el campo del dolor y sufrimiento, que participen afectiva y emocionalmente en la realidad triste del enfermo y de su familia, que establezcan lazos de cariño con el uno y la otra.

La base de una buena relación con la familia consiste en la manifestación por parte del médico de sentimientos de empatía. La percepción de «yo soy tú» o «yo siento tu angustia». Es mucho más que guardar las formas o mostrar una sensibilidad de cortesía. La familia necesita creer que el médico con el que trata y al que revela las intimidades de su familiar y en ocasiones las propias, comprende su situación participando de ella. Otro aspecto que debemos trabajar con la familia es la sensación de disponibilidad hacia ellos ante la aparición de un nuevo problema, mitigando así la angustia del desamparo y la soledad. Evitar las prisas y favorecer el diálogo con la familia en un momento determinado, nos puede ayudar a comprender y solucionar nuevos problemas futuros. En esas horas amargas, nadie como el médico para aliviar y ayudar en lo ordinario y en lo extraordinario al enfermo y a la familia, víctima muchas veces no reconocido el sufrimiento de su ser querido.

Capítulo 2

Ética y Comunicación

2.1. Ética Médica

*“El quehacer del equipo de salud es buscar
El Bien de la persona humana”.*

Tradicionalmente, el médico se ha visto a sí mismo como un pequeño patriarca que ejerce dominio sobre sus pacientes y exige de éstos obediencia y sumisión (paternalismo). Para Aristóteles, el enfermo es como el niño o el esclavo, un irresponsable, incapaz de moralidad, que no puede ni debe decidir sobre su propia enfermedad. La enfermedad tiene para ellos un carácter inmoral. La actitud del médico con el enfermo es algo religioso. El médico es una especie de sacerdote. Este es el paternalismo médico que ha predominado en la medicina occidental desde el s. V a.C. hasta nuestros días. Este médico hipocrático y galénico, se va a secularizar en el transcurso de la modernidad, sin perder su carácter paternalista. Para Percival (Medical Ethics) cree que el paciente puede empeorar si sus decisiones y preferencias individuales son autoritariamente anuladas. Esta doctrina se recoge en 1847 en el Código de la American Medical Association, y tras él la mayor parte de los códigos nacionales de ética médica. Por tanto, la tradición médica desde los hipocráticos hasta la actualidad, ha defendido siempre el criterio ético de beneficencia.

Cada paciente, al igual que cada médico, tiene sus peculiaridades; esto, aunado a la gran variedad de enfermedades, padecimientos, estructura e instituciones involucrados en las relaciones entre pacientes y médicos, da lugar a una notable y deseable diversidad dentro de la relación paciente-médico. Sin embargo, a juzgar por los crecientes fenómenos de legalización y reglamentación de las relaciones entre pacientes y médicos,

parece que estamos acercándonos rápidamente a una situación en la cual el único factor común a todas esas relaciones es la insatisfacción de los pacientes.

El juramento hipocrático impone la condición de confidencialidad a los médicos en sus relaciones con sus pacientes: “lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viera u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba divulgarse, lo callaré teniéndolo por secreto”. Esta condición de confidencialidad es una constante histórica; el Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial, por ejemplo, señala: “Un médico habrá de preservar el secreto absoluto de todo lo que oiga sobre su paciente en virtud de la confianza que se ha depositado en él”. Hoy en día la ortodoxia predominante sobre la justificación de que se imponga esta condición de confidencialidad parecer ser la siguiente: si no se respeta en general esta condición, la gente por diversas razones tendrá pocas ganas de consultar a los médicos.

La insatisfacción de los pacientes podría hacerse más notorio en las instituciones de salud, pues a medida que van aumentando los pacientes con trastornos emocionales, el trabajo se duplica para el médico, haciendo que éste pueda dedicar menos tiempo a sus pacientes lo que lograría una baja en la atención que requiere un paciente y una comunicación insatisfactoria, además de un aumento en la desconfianza entre paciente-médico; el médico también requiere de soporte emocional, pues cada día son más las personas que llegan con una patología emocional de tipo sufrimiento o dolor humano y que en realidad no es tan fácil como se lee, el informar a una personas que tiene un padecimiento que pudiera llegar a ser terminal.

Es clara, la importancia de brindarles una mejor calidad de vida a los médicos en cuanto a espacio personal, para poder llegar a un mejor entusiasmo de seguir adelante con su carrera. Esto podría ayudar a que la relación del médico con el paciente sea de mejor calidad y no solo como un expediente más.

2.2. Ética en el paciente

“Tú me importas por ser tú, importas hasta el último momento de tu vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance no solo para ayudarte a morir en paz, sino también a vivir hasta el día en que mueras”
(Cicely Saunders).

La ética en enfermedades de origen emocional ha llegado a ser de amplia polémica, ya que en muchos casos la negligencia médica es una actividad cada día más consecutiva. Sin embargo, ahora también ya existen maneras para que esto suceda menos.

Una de las Actitudes Éticas exigidas por la relación Médico-Paciente son según Carlos Tena y Francisco Hernández los siguientes:

- 1) *La preocupación primordial del médico debe ser la del bienestar de su paciente.*
- 2) *El médico debe proporcionar a su paciente una atención integral, para lo cual va a utilizar todos los medios para mejorar a su paciente.*
- 3) *El médico debe estar atento a los requerimientos físicos, emocionales, culturales y sociales de su paciente.*
- 4) *El médico debe ser capaz de afrontar la ansiedad, temores y en ocasiones agresividad de su paciente, y debe aceptar la responsabilidad para otorgarle una atención médica adecuada.*
- 5) *El médico debe reconocer sus propias limitaciones y consultar a otros médicos cuando sea necesario. No debe realizar procedimientos y técnicas diagnósticas y terapéuticas con las cuales no esté familiarizado.*
- 6) *El médico debe aceptar la responsabilidad de educar al paciente, a la familia o a ambos, para el manejo y la toma de decisiones que la atención de su enfermedad implica.*
- 7) *El médico debe tratar de reducir al mínimo el costo de la atención médica de su paciente.*
- 8) *El médico debe participar, de acuerdo a su habilidad y destreza, en la educación de estudiantes, residentes y otros profesionales de la salud.*

9) *El médico debe estar al día, con educación médica continua para conocer los avances en la medicina.*

10) *El médico tiene que tener un conocimiento claro y preciso de la enfermedad para poder explicar todos los aspectos del padecimiento a su paciente.*

Esto es simplemente la forma más clara de dar o brindar un respeto al paciente por su persona como ente social, físico, emocional y espiritual que es.

Gracias a las expectativas y preocupación del área de salud, se han implementado derechos en las decisiones de los pacientes y uno de ellos es el consentimiento informado, donde el enfermo tiene el derecho a decidir sobre su cuerpo y sobre su tratamiento, exigiendo la adecuada información de su padecimiento para aceptar o no los procedimientos que el médico aconseja, siempre y cuando se informe de las nuevas posibilidades del equipo de salud para lograr una calidad de vida antes de culminar la enfermedad.

El consentimiento informado es uno de los conceptos centrales de la ética médica actual. El derecho del paciente de tomar decisiones sobre su salud se ha establecido en declaraciones legales y éticas a través del mundo. La Declaración sobre los Derechos del Paciente estipula lo siguiente: *“El paciente tiene derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones libremente en relación con su persona. El médico informará al paciente las consecuencias de su decisión. El paciente adulto mentalmente competente tiene derecho a dar o negar su consentimiento para cualquier examen, diagnóstico o terapia; tiene derecho a la información necesaria para tomar sus decisiones. El paciente debe entender claramente cuál es el propósito de todo examen o tratamiento y cuáles son las consecuencias de no dar su consentimiento.”*

2.3. La ética dentro de la comunicación médico- paciente.

“Podemos tener todos los medios de comunicación del mundo, pero nada, absolutamente nada, sustituye la mirada del ser humano”

Paulo Coelho.

“La comunicación se convierte en un instrumento indispensable para que la relación médico-paciente se conforme de acuerdo a los avances de la ciencia y de la evolución de la sociedad, para que sea la adecuada”. Lo que implica que en cada tiempo las reglas, normas y derechos estarán siempre en constante modificación, pues cada vez más el desarrollo en las áreas de salud va teniendo más prioridades dentro de su abordaje tanto científico como emocional.

Dentro de la comunicación en la relación médico-paciente se requiere de un respeto mutuo, donde dos individuos manejen el cuerpo físico y espiritual con dignidad, nunca olvidando que esta relación no solo será con el paciente sino también con las personas cercanas al enfermo y con los trabajadores del sector salud.

El Dr. Ocampo nos dice en uno de sus artículos que:

La obligatoriedad de no perjudicar al paciente, entendiendo a la no-maleficencia como un valor, ha ampliado su contenido al plantearse que el daño no sólo puede ser corporal. Un médico daña moral y psicológicamente a un paciente cuando no respeta su libertad de pensamiento, de creencia religiosa, de elección y decisión o la cosmovisión propia de la cultura a la que pertenece.

En la comunicación no puede ser descalificado el paciente, ya que se puede perder la confianza dentro de la relación y se obtendría una desacreditación de lo que en realidad pudiera decir el médico. Sería bueno que siempre existiera una buena relación entre el personal médico, el paciente y la familia.

Capítulo 3

La Relación Médico y Paciente

3.1. Comunicación Médico-Paciente ante el dolor humano y el sufrimiento.

*“Serás doblemente desgraciado si no
sabes sobrellevar tu desgracia.”*

Blas de Prieta

(finales del siglo IV. Principios del V a.C.)

El dolor es “una sensación originada por cambios fisiológicos diversos, y se asocia con la presencia de algún tipo de daño o alteración del equilibrio somático”; actualmente; la ciencia, la tecnología y la medicina tienen como objetivo principal reducir el dolor de las personas; cuando el dolor es muy fuerte llega inclusive a incapacitar al enfermo de manera integral, alejándolo de su vida familiar, laboral y social, lo que le lleva a sufrir depresión e incluso, a un sin sentido de vida. Para evitar este acontecimiento es importante entablar una excelente comunicación y ofrecer una buena información médico-paciente, en la cual exista confianza para que el paciente pueda decir todo lo que le pasa física y emocionalmente (miedos, angustias, frustraciones, etc.)

Además se debe de valorar el contexto social del que viene el paciente para que la comunicación con él deba ser clara, precisa y con tacto, para que todo lo que se le informe sea entendido por él mismo; si se logra una comunicación efectiva con el paciente, podrá saber mejor las necesidades y las inquietudes de éste, alcanzando una mejor definición para el objetivo preciso.

El sufrimiento es una manifestación de la existencia humana, sufre el paciente de manera integral. Es un misterio, pero al mismo tiempo es una realidad, debido a que todo ser humano sufre en algún momento de su vida sin importar si es bueno o malo, fuerte o débil, culpable o no, el sufrimiento solamente existe, sin haber respuesta o justificación a ese dolor sin sentido.

Se dice que la comunicación efectiva en el encuentro médico- paciente es libre y bilateral. Esto puede ser difícil para los médicos a quienes se les enseñó el método médico tradicional que recurre al control, al poder y a la autoridad. Dicho método está centrado en el médico, que ordena sutilmente al paciente. Para algunos médicos, la comunicación significa hablar. Algunos médicos hablan, y mucho, creyendo que los pacientes los consultan por su sabiduría, la cual ponen de manifiesto mediante el consejo paternalista y la abundante terminología médica de muchas sílabas. Tal vez creen que la cantidad de verborrea es directamente proporcional a su valor. A mayor número de palabras, mayor valor.

Cuando un paciente sufre, se pregunta ¿Por qué a mí? mas no se pregunta ¿para qué me va a servir este sufrimiento, tanto a nivel personal como familiar o social?; cuando se hace la primer pregunta se reclama: ¿porqué no se encuentra el otro viviendo o pasando esta situación?, el que es “malo”, el que no tiene familiar, etc. Este “por qué” sin sentido forma parte de la experiencia del duelo, pero debe llegarse a la aceptación con sentido.

Podemos darnos cuenta que la comunicación no solo se trata de ¿porque?, ¿porque? sino que también implica otros factores como lo son la escucha, la espera y la comprensión, lo que hacen que en realidad exista un mejor entendimiento del paciente.

En algunos estudios se dieron cuenta que por algunos cambios muy sencillos en la comunicación como el dejar que el paciente exprese lo que siente y se le deje hablar; se observó que hubo un mejor seguimiento en el tratamiento de la enfermedad. Así es que mientras más logremos que la comunicación se lleve a cabo de la mejor manera, incluyendo la escucha completa y la ayuda en la fluidez

de sus dudas, emociones y sentimientos del paciente, se logrará una mejor aceptación y un buen régimen en el seguimiento de un tratamiento terapéutico.

Se requiere gran dosis de fortaleza para aceptar la propia debilidad y fragilidad ante el sufrimiento, la impotencia o necesidad de consuelo exterior, sentimientos que a veces cuesta mucho expresar, sin embargo cuando la comunicación médico-paciente se da, es una magnífica oportunidad para amar y ser amado. Para amar porque el que ama busca el bien del otro olvidándose de sí mismo; y para ser amado, porque en estos momentos se requiere del cariño, de la comprensión, tanto de los amigos como de la familia; es gran oportunidad para dar sentido a las propias vidas y ser testimonio frente a los demás. Parece sencillo en la teoría y es difícil practicarlo, pero ¿acaso no se habla de amar? ¿acaso el amor no es un acto de la voluntad? Entonces, sí se puede llegar a hacer del sufrimiento una oportunidad para madurar, para crecer como persona, para ser testimonio, para amar y ser amado.

3.2. Eficacia de una buena comunicación

“Cura mejor quien tiene la confianza de la gente”

Galeno

Mark Siegler desarrolló un modelo general de la relación médico-paciente los cuales se dividen en 4 pasos:

- 1) La fase pre paciente: la persona se da cuenta de que algo anda mal en su vida en relación con sus expectativas. Cómo conceptualizamos tal experiencia y cómo reaccionamos frente a la misma, depende de diversos factores fg, sociales, culturales y económicos;
- 2) El proceso de reunión y reducción de los datos pertinentes: una vez ya frente al médico se hace este punto con el propósito de construir un diagnóstico del problema del paciente;
- 3) La etapa de acomodo entre el paciente y el médico: consiste en determinar si este médico habrá de ser el médico de este paciente. Si dichas consideraciones no entran en juego, y si el proceso de acomodo sigue sin mayores problemas, podría llegarse a la última etapa; y
- 4) El establecimiento de la relación plena médico-paciente: el meollo de tal relación parece ser lo que el doctor Laín Entralgo llamó la *philia médica*- una firme amistad médica basada en la existencia de un profundo vínculo de confianza entre el paciente y el médico.

Sin embargo comenta que no todas las personas pasan por esta secuencia de sencilla secuencia temporal.

Pero a pesar de todo siempre se termina hablando de la importancia de hacer una buena relación médico-paciente. Carl Rogers habla de una relación de ayuda diciendo que *“es aquella relación en la que uno de los participantes intenta hacer*

surgir, de una o de ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de éstos”.

Se dice que la práctica de esta relación es usada en países de occidente, señalando que se ha demostrado que la empatía en la relación médico-paciente aumenta la satisfacción de los enfermos y ayuda a establecer una mejor adhesión a los tratamientos y una ayuda en la habilidad para diagnosticar y mejorar el trato con el paciente.

La comunicación no sólo debe servir de vehículo para obtener información que el médico necesita en el cumplimiento de sus funciones, deber emplearse también para que el paciente se sienta escuchado, para comprender enteramente el significado de su sufrimiento y para que se sienta copartícipe de su atención durante el proceso de salud enfermedad.

Esta relación de ayuda es un intercambio donde existe una reciprocidad entre personas, dando una situación controlada por reglas, ya que la relación se lleva a cabo por un profesional y el paciente, pero sin nunca olvidar la calidez emocional de la comunicación en la relación.

Sí el médico practica una buena comunicación, existe un elevado nivel de satisfacción de los pacientes con su forma de entrevistar y su forma de proporcionar información con la consiguiente insatisfacción del paciente por la mala interacción con el médico. Maguirre señala que cuando el médico logra identificar y entender los problemas importantes de sus pacientes, es capaz de generar mayor satisfacción recibida y es capaz de alcanzar una mayor adherencia al tratamiento, finalmente, el médico incrementa su bienestar por los resultados adecuados en el manejo del paciente. Igualmente se ha encontrado una alta asociación entre la satisfacción del médico con su trabajo y el proceso de comunicación con el paciente durante etapas de sufrimiento. Existen evidencias de que los médicos reportan menor cantidad de entrevistas frustrantes después de un programa de entrenamiento en habilidades de comunicación.

3.3. Sugerencias para una efectiva comunicación médico-paciente ante el dolor humano.

“Aprender a ver con compasión nuestro propio sufrimiento hará nacer en nuestro corazón una compasión ilimitada ante el sufrimiento que experimenten los demás”

Christine Longaker

1. Una comunicación efectiva mejora la satisfacción del paciente para enfrentar las pérdidas de la vida, mejora la comprensión y la adherencia a las estrategias terapéuticas implementadas. Lo cual impacta favorablemente en la calidad de nuestra atención médica. No se trata –simplemente- de ser agradable o amable se trata de producir un contacto efectivo que mejorará el pronóstico de los acontecimientos que le producen dolor y sufrimiento.

John Preston (1998) nos dice que la situaciones difíciles a las que nos enfrentamos con los pacientes generalmente tiene que ver –directa o indirectamente- con algunos necesidades humanas:

- La necesidad de sentirse querido por los demás.
- La necesidad de tener una autoestima suficiente.
- La necesidad de sentir cierto nivel de seguridad.
- La necesidad de mantener el estrés y el tono vital a un nivel óptimo.

2.. La entrevista médica es el acto esencial de la práctica del médico. Es un período variable de tiempo, escaso en general, que el médico utiliza para ayudar a su paciente. Desafortunadamente existe un consenso, internacional, probablemente dictado por el Banco Mundial y por administradores que finalmente imponen las políticas de salud, con el propósito de hacer más eficaces los presupuestos... *de ahí que cada médico disponga de 15 minutos por cada paciente.* Sin importar si ese paciente requiere por ejemplo un tiempo prudente y razonable para su correcta comprensión y orientación por un dolor psicoafectivo

como lo es tristeza, enojo, miedo, frustración, culpa, por lo que llevara para su objetivo, un tiempo mayor a los 15 minutos.

3.. Mantenerse atento a la falta de comprensión...la utilización de preguntas abiertas y una postura atenta con la mirada firme a los ojos del paciente facilita la expresión de los sentimientos desagradables, ante los cuales no sabemos reaccionar, de ahí la importancia del estudio de la tanatología, para ayudar al paciente a enfrentar sus miedos.

4.. Saludar adecuadamente al paciente, preguntando por su nombre; dar la bienvenida y presentarse usando una combinación del contacto visual, estrechando la mano; identifíquese y aclare su rol y función (la incertidumbre del paciente por no saber quién es su médico y que suele ser un hecho de importancia). Demuestre interés y respeto cuando se presenten situaciones de dolor y sufrimiento en la vida sin pedir permiso de nadie para que el paciente pueda *sentirse bienvenido, valorado y respetado*.

5.. Realizar preguntas abiertas; escuchar atentamente, no interrumpir, favorecer un ambiente confortable para poder llevar a cabo, la orientación hacia el paciente el cual se encuentra en constante cambio y el cambio con frecuencia se identifica con la pérdida, siendo natural que el organismo trate de evitar el sufrimiento y busque el equilibrio.

6.. Explorar y entender la enfermedad desde la perspectiva del paciente y su familia; efectuar una adecuada historia de las pérdidas psicológicas y espirituales: hay unas pequeñas, pero existen otras cuyo período de convalecencia es más largo y doloroso, donde el sufrimiento acompaña por largo tiempo; asegurar que la información sea adecuada y de mutuo acuerdo; mantener un entorno amigable y una relación de colaboración.

7. Decodificar señales es una habilidad esencial para los médicos que desean entender los sentimientos de sus pacientes. Las normas culturales en los espacios de atención médica no facilitan la expresión verbal de los sentimientos por parte de los pacientes. Tratar de explicar el sufrimiento es realmente complicado, ya que es un misterio de la vida del ser humano. Quizá la mejor manera de hacerlo es a través de la vivencia.

8. La reducción de la incertidumbre es el desafío más importante en la relación médico paciente. en esta sociedad tan ligera, lo que representa un tabú es hablar de dolor, muerte, enfermedad y sufrimiento; las incertidumbres no aclaradas alteran la concentración y aumentan la ansiedad bloqueando la comunicación.

9. Definir la cantidad y el tiempo de información que se le va a dar al paciente en forma individual; desarrollar explicaciones comprensibles para que el paciente pueda recordar; generar un sistema de interacción; construir un vínculo duradero; y proveer un entorno de ayuda y comprensión. Ningún sufrimiento puede derrotarnos si estamos preparados para buscar sentido.

10. Ofrecer información “sencilla” fácil de recordar y de entender; un lenguaje conciso; generar oportunidades para que haga preguntas acerca del sentido de la vida, dolor, sufrimiento, tristeza, depresión, etc.

11. Al cerrar la entrevista clínica los problemas que se generan están frecuentemente relacionados con el tiempo de cada una de las etapas de las estrategias de la comunicación médico-paciente.

“El sufrimiento solo tiene sentido si lo cambia a uno mismo y lo hace mejor”

Viktor Frankl

3.4. Obstáculos para una buena relación médico- paciente

*“El creyente que participa en la vida humana,
exponiéndose a sus tormentos y sufrimiento,
es más digno de consideración que aquel
que se distancia del sufrimiento”*

Hadiz de Ibn Mayá

La prisa; la mente se adelanta al futuro. Por ejemplo, en vez de disfrutar de la conversación, el médico puede estar pensando en todos los recados que tiene que hacer por la tarde.

Es de útil desconectar el teléfono móvil en la hora de la consulta, para evitar cualquier tipo de interrupción, escuchar con tranquilidad y calma..

El cansancio es otra barrera en la comunicación, tómate un tiempo para, tomar un café, ese tiempo te servirá para recuperarte

La falta de empatía, el paciente no es tu rival, por tanto, evita competir. Piensa que es una relación médico-paciente.

La rutina influye también de una forma negativa en la comunicación médico-paciente para mejorar la comunicación, refuerza los mensajes positivos y los malentendidos y las quejas. Aprender a pedir y a expresar qué necesitas.

La economía de las palabras, la manera de hablar, tan habitual en un mensaje de texto, también interfiere de una forma negativa en el diálogo entre dos personas; por lo tanto utilizar palabras para expresar aquello que quieres decir y hazlo con libertad.

Recuerda que la mejor forma de tratar un tema importante es cara a cara y saber bien lo que se quiere teniendo un objetivo claro y preciso.

Se sabe que el rechazo en la comunicación asume una negativa a su establecimiento, pauta que se torna patológica en aquellos casos en los que es una tendencia rígida y redundante. El fenómeno de la desconfirmación implica

pasar desapercibido de comunicación alguna, pauta especialmente alienante para los seres humanos.

Lo que hace que la relación se vuelva desconfiada y no se logra la adherencia a cualquier tipo de tratamiento.

Dentro de la relación el médico debe evitar dar alguna comunicación que interfiera en el proceso del tratamiento del paciente, prescindiendo de mensajes que lo descalifiquen o lo desvaloren con el tema de su sufrimiento, pues esto ayudaría a mantener una relación saludable entre ellos.

También el hecho de dar malas noticias el médico tiende a evadirlo, ya que implica su propia ansiedad al sufrimiento de la otra persona que en este caso es el paciente, sin embargo, este simple hecho logra un alejamiento y un desajuste en la relación, ya que el paciente espera una palabra alentadora del médico para con su enfermedad, haciendo que en algún momento el paciente no logre una adherencia en el tratamiento tanto preventivo como paliativo.

Ahora bien en estos últimos tiempos la sociedad ha ido cambiando y volviéndose más atenta a lo que le atañe como persona y como salud, promoviendo una mejor alianza entre el médico y el paciente, teniendo como opción el poder escoger al médico que quiere que lo intervenga con su enfermedad o padecimiento, logrando que existan más exigencias dentro de la comunicación médico- paciente.

Sin embargo, debemos tener en cuenta que también el médico es una persona y como tal un ser humano, que es capaz de sentir miedo, angustia, dolor, tristeza, etc., y que es de suma importancia implementar la ayuda y educación emocional para que como médicos logren relaciones más humanas y más sanas con respecto al médico y a la relación entre él y el paciente.

CONCLUSIONES

El paciente como ente de una sociedad y de una estructura familiar requiere de la atención, la cercanía y el cariño de las personas que lo rodean, y más aún necesita de la confianza y de la calidez del médico, pues una enfermedad en la fase terminal implica esa ayuda no solo física para aliviar el dolor y el sufrimiento sino también emocional.

Esta comunicación es realmente un foco de atención para demostrar que la atención médica a nivel humanista puede llegar a ser la manera idónea para que el paciente entienda su tratamiento, sus beneficios y logre una mejor adherencia en su tratamiento tanto médico como emocional.

Todo cambio en nuestra vida ya sea radical o no, implica el inicio de una comunicación, aquel, en el que debemos reacomodar todas aquellas formas y experiencias de relaciones pasadas que tuvimos en un determinado momento y del cual aprendemos a hacer de nuestra comunicación mejores relaciones. En donde también nos motiva a modificar diferentes formas y creencias de lo que es o debería ser una comunicación en la relación médico- paciente.

Después de varios tiempos de cambios sociales, culturales, emocionales y físicos, la gente se ha visto más inmersa en sus estados fisiológicos, exigiendo cada vez más la información que ahora por derecho se tiene de la información sobre su padecimiento y ahora por el derecho de ser tratado con calidad por el simple hecho de existir.

Es por ello, que ahora empieza el auge sobre una relación de calidez y confianza entre el médico y el paciente, haciendo de nuestra sociedad una relación de amor y protección, logrando que cada día lleguemos a la humildad que cada ser humano lleva consigo.

“Si no está en tus manos cambiar una situación que te produce dolor, siempre podrás escoger la actitud con la que afrontes ese sufrimiento”

BIBLIOGRAFÍA:

- Bucay Jorge. El camino de las lágrimas. Ed. Del nuevo extremo S.A. de C.V. Buenos Aires, Argentina. 2001.
- Castro González María del Carmen. Tanatología. La familia ante la enfermedad y la muerte. Ed. Trillas. 2014.
- Diccionario Básico. Lengua Española. Larousse. Nueva Edición.
- Duarte, Magda, Trascendiendo con amor un duelo. México, 2002
- Hamill Meléndez Edna Martha. Tanatología y Bioética: ante el sufrimiento humano. Ed. Corinter. 2009
- Huerta, Carlos Octavio, El arte de entender al paciente, Trillas, México D.F., 2006,
- Huerta González José Luis. La familia en el proceso Salud Familiar. Organización Editorial tangamanga S. A. de C. V. 1999
- Instituto Mexicano de Tanatología. ¿Cómo enfrentar la muerte?. Tanatología. Ed. Trillas. 2011.
- Laín Entralgo, Pedro, El médico y el enfermo, Triacastela, Madrid, España, 2003, pp. 10
- Lifshitz G. Alberto, (2003). La Relación Médico- Paciente en una sociedad en transformación, Acta Médica Grupo Ángeles 1 (1). pp. 59-66
- Myss Caroline. El poder invisible en acción; actos de amor y generosidad que producen milagros. Ediciones B, S.A., 2005
- Ocampo Martínez Joaquín (2002). La bioética y la relación médico paciente. Vol. 7, No. 1; pp. 58
- Pangrazzi A. La pérdida de un ser querido. Un viaje dentro de la vida. Paulinas, Madrid 1993.
- Rodríguez Ortega Graciela, Relación médico- paciente. Interacción y comunicación. Miguel Ángel Porrúa; México D. F. 2000. pp.12
- Satir, Virginia. Terapia Familiar Paso a Paso. Pax México; México, 2002; pp. 20
- <http://www.monografias.com/trabajos16/medico-paciente/medico>