

# UDS

## ENSAYO

*JESUS IVAN SANCHEZ LOPEZ*

*RELACION MEDICO-PACIENTE*

*Parcial 4*

*PSICOLOGIA MEDICA I*

*JULIO ANDRES BALLINAS GOMÉZ*

*MEDICINA HUMANA*

*SEMESTRE I*

*San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México, a 17 de Diciembre del 2022*

## INTRODUCCION

En este trabajo, tomaremos en cuenta de como una con un simple saludo.

Puede formar una relación de confianza y profesionalismo para el médico, en una práctica o consulta.

Ya que, con solo unas simples palabras, podemos hacer que una persona se sienta mejor, ya que las personas está acostumbrada a buscar una relación de confianza, ya sea con el médico, mecánico, carniceros, y trabajadores.

Y esto será parte esencial para el médico ya que deberá aprender a entablar una buena relación con el paciente, ya esto dependerá como el paciente desglosara y no mentira en sus síntomas, que hizo durante los días anteriores, o si ha tomado algún medicamento anteriormente para aliviar el dolor, comezón o bajar alguna inflamación.

Y así poder tener un buen historial clínico, para el médico pueda tener en cuenta todo lo descrito por parte del paciente o acompañante del paciente, para así tener un buen diagnóstico clínico por parte del médico o médicos.

Para poder tener una buena relación entre el profesional médico y paciente, debemos de tener muchas cosas en cuenta, tanto de como sea su formación académica del médico y el paciente.

Pero en estos tiempos se han reunido varias formas de como poder entablar una buena relación con el paciente los cuáles nos enseñan las siguientes teorías. Pero para poder llegar a eso tenemos que pasar por diferentes puntos:

1. Alcanzar un consenso en una «lista corta» de elementos que caracterizara una comunicación efectiva en varios contextos clínicos.
2. Suministrar ejemplos tangibles de competencias en habilidades de comunicación que podrían ser útiles en currículos que acrediten a escuelas médicas, programas de residencia y programas de enseñanza médica a todos los niveles.
3. Asegurar que el resultado obtenido por el grupo estuviese basado en la evidencia y fuera apropiado para la enseñanza, la investigación y la evaluación.

Por tanto, la comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes es considerada como una tecnología sanitaria de primer orden, ya que afecta directamente a la eficiencia de las intervenciones de los profesionales sanitarios. Aspectos relacionales como el entendimiento mutuo, centrarse en las necesidades del paciente, compartir la responsabilidad y establecer una relación clínica caracterizada por la confianza, el respeto y la empatía se han visto relacionados en diversos estudios observacionales y experimentales con resultados como:

- i. Mayor satisfacción tanto del profesional sanitario (Roter et al., 1987) como del paciente (Mead y Bower, 2000; Bredart et al., 2005).
- ii. Contención de costes (Stewart et al., 2000).
- iii. Adhesión al tratamiento (Mead y Bower, 2000; Beach et al., 2005).
- iv. Prevención del desgaste profesional (Cebriá et al., 2006).
- v. Prevención de problemas médico-legales (Moore et al., 2000).
- vi. Mejora de los indicadores de calidad asistencial (Franks et al., 2006).
- vii. Mejora de resultados en salud (Mead y Bower, 2000; Stewart et al., 2000).

El contacto con el sistema de cuidado de salud tiene, como resultado inmediato, el comienzo de una relación con los profesionales sanitarios. más adecuado hablar de la relación entre el profesional sanitario y el paciente, porque, aunque el médico siga siendo un agente principal en el cuidado de la salud, cada vez más se recibe atención de otros profesionales de la salud que no son médicos, sobre todo del personal de enfermería, pero también de otros profesionales como psicólogos, trabajadores sociales o técnicos sanitarios.

### **Modelo parsoniano o de roles de la relación médico-paciente**

Como ya hemos comentado numerosas veces a lo largo de esta obra, esto no fue siempre así. La dimensión social de la salud comenzó a ser conocida gracias, entre otros profesionales, a la labor de los sociólogos que, alrededor de la década de 1950, hicieron hincapié en demostrar que la relación profesional de la salud-paciente estaba programada socialmente en función del estatus y de unas expectativas de rol, que venían determinados previamente y que ambos aceptaban.

1. La salud es una de las necesidades funcionales de los miembros individuales de la sociedad. Desde el punto de vista del funcionamiento del sistema social, un nivel general demasiado bajo de salud (o un nivel demasiado alto de enfermedad) es disfuncional.
2. La enfermedad es un estado de perturbación en el funcionamiento «normal» del ser humano, comprendiendo el estado del organismo como sistema biológico y el estado de su ajuste personal y social. La enfermedad se define, por tanto, en parte biológicamente y en parte socialmente. La enfermedad y la salud son parte de la cultura.
3. El cuidado de la salud implica una interacción entre roles sociales, el de la persona que ayuda y el de la persona que necesita y recibe la ayuda.
4. Los roles sociales implicados en el cuidado de la salud son un sector pautado de la cultura y, por tanto, implican secuencias comportamentales aprendidas.

Por otro lado, la relación entre médico y paciente es un tipo de un conjunto más amplio, las relaciones de asistencia o ayuda. Como relación de asistencia, la relación entre médico y paciente tiene unas características generales.

- Es fundamentalmente una relación entre dos personas. Es decir, se trata de una diada o pareja.
- Es una relación de desigualdad o asimétrica. Las dos posiciones de los roles no están al mismo nivel: el que asiste o ayuda posee la capacidad de influencia social, tiene el poder.
- Esta relación de asistencia es una relación de espera, de esperanza. El asistido espera que le ayuden, tiene la esperanza de que será así, pero también el que asiste espera que el asistido haga determinadas cosas (que sea sincero, que cumpla las recomendaciones, etc.).
- Es una relación de confianza mutua.
- La relación de ayuda es fundamentalmente verbal. La palabra es el principal intermediario de la relación, aunque es obvio que entran en juego otros elementos no verbales. La palabra es tan importante en este tipo de relación que en muchas ocasiones se ha hablado de curación por la palabra.

### **Modelo de los tipos de relación entre profesional y paciente**

Para reducir alguna de sus limitaciones, desde una misma óptica funcionalista, Szasz y Hollender (1956) y Hollender (1958) completaron el modelo añadiendo diferentes tipos posibles de la relación entre médico y paciente, describiendo las expectativas comportamentales de ambos en función, sobre todo, del tipo de enfermedad. Dicho de otro modo, los comportamientos de rol variarían según la enfermedad de que se trate. Así, establecieron tres tipos de relación posible (tabla 21.3):

1. Relación de actividad-pasividad. En ella el médico es activo y el paciente pasivo. Se origina en, y es totalmente adecuada a, situaciones de urgencia, como heridas graves, hemorragia masiva, estado de coma, etc.
2. Relación de guía-cooperación. Este tipo de relación se da en la mayoría de las enfermedades agudas, sobre todo en las infecciosas.
3. Relación de participación mutua. Este tipo de relación es útil para el manejo de la enfermedad crónica, en la que el programa de tratamiento bascula sobre el

paciente con consultas ocasionales al profesional sanitario. Es el caso, por ejemplo, de la diabetes, de la hipertensión, de la psoriasis, etc.

### **Modelos basados en el tipo de control**

- ❖ Paternalista. Es un tipo de relación en la que se da un alto control por parte del profesional de la salud y bajo control por el paciente.
- ❖ Clientelista. Es el extremo opuesto al paternalista. En este tipo se invierte la relación de poder. El paciente pide que el profesional le proporcione información y servicios técnicos.
- ❖ De mutualidad. Este tipo de relación es una alternativa moderada a los extremos de los otros dos tipos mencionados. Aquí cada uno de los participantes aporta las fuerzas y recursos de que dispone.
- ❖ Ausencia. Este tipo de relación se caracteriza por una total ausencia de control tanto por el paciente como por el médico. Refleja una situación en la que se ha producido una parálisis en la acción. Ni el médico ni el paciente han asumido la responsabilidad de las decisiones y no han negociado un terreno medio mutuamente aceptable.
- ❖ Relación centrada en el profesional. Es una pauta de interacción en la cual el profesional sanitario plantea preguntas que exigen respuestas breves, centradas principalmente en el primer problema que el paciente ha mencionado.
- ❖ Relación centrada en el paciente. En ella el rol del profesional es menos controlador, formulando preguntas de respuesta abierta que permiten al paciente dar más información e introducir respuestas que pueden ser pertinentes, evitando usar jerga médica y permitiendo que el paciente participe en la medida de lo posible en la toma de decisiones.

### **El uso de la influencia social en la relación entre el profesional sanitario y el paciente**

Así, por ejemplo, un profesional de la salud que está indicando a su paciente la necesidad de que siga un tratamiento y un régimen de vida determinado, puede influirle y producir un cambio de comportamiento que supone la implicación en el tratamiento recomendado de las siguientes formas (French y Raven, 1977):

1. En primer lugar, puede informar y argumentar lógicamente sobre las «bondades» del tratamiento que propone. Usa la información. Puede explicar detenidamente por qué el tratamiento que recomienda es eficaz. Tal vez tenga éxito y con ello baste. Pero puede ocurrir que su paciente no entienda los argumentos, o que tenga una actitud contraria, generada por su sistema de referencia (familia, amigos, vecinos, etc.).
2. Una segunda base sobre la que el médico puede ejercer su influencia es la coerción. Puede utilizar la amenaza de un castigo.
3. En tercer lugar, el supervisor puede utilizar la recompensa. Habitualmente la recompensa consiste en los beneficios que el tratamiento produce respecto a la enfermedad y los síntomas.
4. En cuarto lugar, el médico puede producir influencia social sobre la base de la legitimidad. La legitimidad se basa en la relación establecida entre el agente y el destinatario de la influencia en la estructura social en la que ambos se encuentran.

## **CONCLUSION**

Como ya nos dimos cuenta para poder tener una buena relación con el paciente y el personal médico debemos de seguir diferentes pasos y teorías, para poder llegar a ese punto del cual queremos llegar, ya que al no poder llevar a cabo cada punto mencionado,, no tendremos una buena conexión con el paciente, y eso puede perjudicar con mejor su salud, incluso puede darnos una mala imagen, al no saber expresarnos, frente a una persona. Y no poder ejercer por lo que fuimos preparados.