



Carol Sofía Mendez Ruiz
Psicología medica
Cuarto parcial
Primer semestre

Ensayo relación médico paciente

Introducción:

La práctica de la medicina combina la ciencia y la tecnología con la aplicación de conocimientos y valores. Esta combinación gira alrededor de la interacción médico-paciente, elemento necesario para que la acción del médico pueda intervenir en las necesidades del enfermo. La entrevista médica es la herramienta principal para obtener una anamnesis fidedigna, y para establecer una relación médico-paciente sólida, perdurable y productiva; esta última constituye un escenario fundamental y determinante para la adecuada expresión o no del resto de los elementos que definen la práctica asistencial.

La asistencia médica se cimienta en la relación que se establece entre el médico y su paciente, y la buena práctica depende, en gran medida, de la calidad de la relación de ayuda que se pueda lograr. La relación médico-paciente es de tipo profesional. En ella intervienen dos personas con diferentes personalidades, niveles culturales y estados afectivos. Una reclama ayuda y la otra la ofrece. El éxito de esta relación depende de la capacidad del médico para manejar la situación de subordinación del paciente mediante el respeto, la atención y el trato afectuoso, junto a su preocupación y capacidad para satisfacer los objetivos básicos del enfermo: saber qué tiene, aliviarse y curarse.

Desarrollo:

La relación entre los profesionales del equipo de salud y los pacientes ha cambiado progresivamente desde la década de los sesenta. La revolución tecnológica y científica ha impulsado estos cambios, pero también han incidido los factores sociales, culturales, políticos y económicos.

En el consenso de Toronto se realizó una revisión sobre la comunicación clínica, en concreto sobre su efectividad, sobre las deficiencias detectadas en la práctica clínica y sobre los métodos de enseñanza de habilidades de comunicación entre profesionales de la salud.

- El 54% de las quejas de los pacientes y el 45% de sus preocupaciones no son comentadas con los profesionales.
- Hasta en un 50 % de las consultas los pacientes no estaban de acuerdo con su médico acerca de cuál era el problema principal de consulta.
- El tiempo medio del que disponen los pacientes para hablar sobre su problema antes de ser interrumpidos por los profesionales es de 18 segundos.

- La mayoría de las quejas de los pacientes respecto de sus médicos no hacen referencia a problemas de naturaleza técnica, sino a problemas de comunicación.
- Tanto los residentes como los médicos adjuntos muestran deficiencias severas en la comunicación cuando son evaluados.
- El lenguaje médico es, a menudo, técnico y confuso.
- Una proporción sorprendentemente elevada de los pacientes no entienden ni recuerdan lo que se les

ha explicado sobre el diagnóstico o el tratamiento.

En nuestro país, la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), a través de su guía de formación de especialistas (BOE, 2005), ha establecido una serie de objetivos que todo médico residente de esta especialidad debe alcanzar al cabo de sus cuatro años de formación posgraduada. En la competencia esencial de «comunicación asistencial, entrevista clínica y relación médico-paciente», un grupo de trabajo formado por expertos en comunicación clínica españoles con experiencia docente marcaron una serie de cinco tareas comunicativas básicas que se muestran en el Por otro lado, el profesional de la salud tiene la responsabilidad ética y el compromiso social de servir como «agente de salud» que ayude a potenciar la autonomía del paciente y conservar la confianza entre este y el profesional sanitario (ética de la confianza) 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.

Así, se establecieron tres tipos de relación posible:

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. El paciente está desamparado y el médico es el que actúa. El tratamiento se produce sin contribución por parte del paciente.
2. Relación de guía-cooperación. Este tipo de relación se da en la mayoría de las enfermedades agudas, sobre todo en las infecciosas. Aunque el paciente esté enfermo es consciente de lo que está pasando y es capaz de cumplir instrucciones y tomar ciertas decisiones. Sin embargo, atiende al médico y le obedece.
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. Lo que hace el profesional en este caso es ayudar al paciente a ayudarse a sí mismo. Requiere una organización psicológica y social por parte del paciente, por lo que es difícil establecerla en el caso de niños, personas con déficits mentales, o con muy bajo nivel

cultural.

los componentes comportamentales de la relación centrada en el paciente por parte de los profesionales de la salud en los siguientes puntos:

- Estilo de comunicación centrado en el paciente.
- Involucra al paciente en la toma de decisiones.
- Permite al paciente expresar sus sentimientos.
- Utiliza un tono de voz cálido.
- Mantiene contacto visual con el paciente.
- Se sienta cerca del paciente.
 - Le pregunta al paciente sobre sus opiniones y sentimientos
 - Es fácil entenderle.
 - Escucha al paciente.
 - Es empático con el paciente.
 - Comprueba que el paciente ha entendido todo lo que han discutido.

Conclusión

En resumen, la relación médico-paciente es una relación interpersonal con connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas, que no puede propiciarse si el médico no establece con el enfermo una relación temporal, solidaria y profesional, en la que el desgaste laboral del médico puede repercutir en muchos casos de forma negativa en su salud física y mental, y sus consecuencias comprometer su trato con los pacientes. La relación médico-paciente negativa facilita la comisión de iatrogenia, errores médicos y la infracción o falta médica.

Para desarrollar una adecuada relación médico paciente, considerando todos los ángulos y modelos de esta relación es necesario considerar las normas éticas vigentes y vivir algunas virtudes que nos hacen buenas personas y, por tanto, buenos médicos. El código internacional de Ética Médica considera los siguientes deberes de los médicos que debemos considerar todos los días desde que empezamos a estudiar esta profesión hasta el final de nuestras vidas: recordar siempre la obligación de respetar la vida humana, considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica, debe a sus pacientes toda su lealtad y todos los recursos científicos disponibles para ellos.