

Asignatura: Psicología Médica

Conferencia No.2

Subtema 2: Relación médico paciente-familia-comunidad.

Asunto: La RMP como forma de relación interpersonal.

Sumario:

- Concepto e historia de la RMP
- Importancia del enfoque sistémico en la RMP.
- Nueva dimensión de la RMP.
- La RMP en el médico de la familia.
- La RMP durante la promoción y prevención de salud y la rehabilitación.
- La RMP en las condiciones de la revolución científico técnica.
- Factores psicosociales dependientes del médico que influyen en el proceso salud enfermedad.
- Modelos de RMP
- Respuestas médicas (inquisitiva, hostil, evaluativa, de apoyo, informativa, empática).
- Tratamiento de las malas noticias por el Médico General

Objetivos:

- Comprender la importancia de la relación del médico con el paciente, como un componente valioso en los procesos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

INTRODUCCION:

El tema "Relación médico paciente-familia-comunidad" adquiere una gran importancia para todos los técnicos y profesionales de salud, pero especialmente en la formación profesional del médico, resulta un tema imprescindible a dominar para su desempeño eficiente, ya que complementa al método clínico como herramienta fundamental para la labor asistencial en todos los niveles de atención médica.

DESARROLLO

¿Será posible realizar una adecuada entrevista médica sin que se produzca una relación interpersonal profesional con el paciente?

Definición de RMP.

Es una modalidad de relaciones interpersonales que constituye una relación técnica, laboral y afectiva, entre el médico y el enfermo. Debemos diferenciar este tipo de relación de otras relaciones interpersonales. (Dr. Ricardo González Menéndez)

Historia de la RMP

La característica de la RMP se ha ido modificando con el de cursar de los años y estará en correspondencia con el contexto histórico social y las condiciones en que se realiza, por tanto, influyen diversos factores objetivos y subjetivos. Profundizar en (Libro de texto; Psicología y Salud, p.176) en (Relación Médico -Paciente- Rodríguez Maria A. cap. 1) y en (Terapéutica Psiquiátrica Integral, Gonzalez R. cap. 1, pág. 1 -14)

Importancia del enfoque sistémico en la RMP.

Ha aportado un cuerpo de conocimientos que trae, a primer plano, el decisivo rol de la comunicación humana, cuyas características se moldean de acuerdo a la influencia de las transformaciones históricas, sociales y económicas del sistema social en que vive. Profundizar en (Relación equipo de salud-paciente-familia, Gonzales R. cap.1 y 2)

Nueva dimensión de la RMP.

La nueva dimensión de la relación médico-paciente parte de un Enfoque Sistémico centrado en las características de la interacción; las cuales se plantea que varían y se modifican, por la influencia de las transformaciones históricas y del sistema social en que vive el individuo para ganar en calidad de la atención médica y elevar los niveles determinantes de satisfacción del paciente.

Esta nueva dimensión trata de no solo ver la RMP entre la relación existente entre el médico y el paciente, sino entre todo el equipo médico familia ambulanciero, camilleros, pantristas, en resumen, todo el personal que interviene... Revisar (Libro, Relación Equipo de Salud-Paciente, Familia, González R. pág. 30)

La RMP en el médico de la familia

Es importante inculcar, como educador de la salud, que la vida sea considerada más bien como un fin que como un medio, que vivir más tiempo sea valorado como más sano, que la satisfacción de deseos o el cumplimiento de propósitos pueden hacer daños.

Se debe enseñar al enfermo las estrategias necesarias para cambiar su conducta respecto a la salud, en función de los valores que elija libremente, puesto que este constituye una individualidad. La labor del médico es de persuasión.

En todos los pacientes es muy importante establecer un dialogo comunicativo que les permita conocer, comprender y comportarse ante su enfermedad, pero lo es más importante en aquellos que tienen que aprender a vivir con sus problemas de salud. El médico debe propiciar y orientar su participación activa, teniendo en cuenta sus criterios. Mientras más conoce el médico a su paciente más apropiadas serán las sugerencias terapéuticas, en la medida en que más fielmente coincidan con el estilo de vida del paciente y éste aceptará mejor sus limitaciones. Texto ("Relación médico paciente", autora; Rodríguez María A. Pág. 65)

La RMP durante la promoción y prevención de salud y la rehabilitación.

La RMP en promoción y prevención de salud es la misma de la RMP en atención primaria de salud. Consultar el texto ("Relación médico paciente", autora; Rodríguez María A. Pág. 108)

La rehabilitación ocurre cuando el sujeto ha recuperado esencialmente su salud y debe aún prepararse, de forma biopsicosocial para incorporarse de una manera plena y útil, a su vida social y laboral.

Muchos médicos se olvidan de la rehabilitación psíquica y social, enfatizando en la rehabilitación física. Cuando necesitan atención psicológica para eliminar síntomas, temores, aprender a vivir con sus nuevas condiciones y mejorar su autoestima.

Las orientaciones se darán de acuerdo al caso, donde nunca debe faltar la insistencia en el amor, la aceptación, el apoyo que debe sentir y la incorporación paulatina en tiempo y complejidad de las tareas laborales.

Se insiste en el manejo integral del paciente. Acción más importante del médico es enseñar, no olvidar que hasta que no entregue al individuo totalmente rehabilitado o útil a la sociedad, no se ha terminado el trabajo del especialista. El médico planificara muy bien la rehabilitación.

Se debe hacer énfasis en las recomendaciones que se recogen en ("Relación médico paciente", autora; Rodríguez María A. pág. 109)

La RMP en las condiciones de la revolución científico técnica.

Se hablará del papel del médico a finales del siglo XX y lo que ha sucedido en la actualidad que la introducción de los avances de la ciencia y la técnica ha provocado un distanciamiento entre el médico y el paciente, sustituyendo la comunicación interpersonal por el uso de los medios diagnósticos de alta tecnología, ignorando los profundos fundamentos humanísticos de la práctica médica. Destaca la importancia del empleo del "Método Clínico". Revisar Psicología para médicos generales Ricardo González Pag. 72

Factores psicosociales dependientes del médico que influyen en el proceso salud enfermedad.

Factores psicosociales que influyen en la RMP: Psicología y Salud p.12-14

El médico siempre debe conocer las principales necesidades y conflictos que aporta el paciente, y que están repercutiendo en la RMP, la percepción que el paciente tiene de su enfermedad repercute en la actitud que asume ante ella y esto es un elemento importante a considerar por el médico que llamamos cuadro interno o autoplástico.

Este **cuadro interno** o forma específica en que cada paciente perciba su enfermedad estaría condicionada por cuatro grupos de factores, los que debemos recoger en la HPS:

- 1 -Características o tipo de enfermedad. (Si es aguda o crónica, si necesita tratamiento hospitalario o ambulatorio, si es o no dolorosa)
- 2 -Circunstancias en que transcurre la enfermedad. (El medio donde se encuentra, si cuenta con apoyo social o no, las preocupaciones e inseguridades que tiene, las posibles consecuencias)
- 3 -Personalidad pre mórbida. (La etapa de vida en que se encuentra, por ejemplo, en la vejez hay mayor temor a la soledad y a la muerte; sus reacciones emocionales; la susceptibilidad del paciente al ruido, al dolor, al cambio de régimen de vida; su carácter, su jerarquía de valores, creencias)
- 4 -Posición social y laboral del paciente.

Modelos de RMP.

- Activo-pasiva: el médico desempeña el papel activo y aplica sobre el paciente incapacitado de responder sus habilidades técnicas. No entran en interacción sus personalidades Ejemplo: en cuadros agudos, como un IMA, o el paciente con toma de conciencia.
- Cooperación guiada: el médico dirige el comportamiento del paciente con cuadro agudo, con plena capacidad intelectual. Parte de la base de la confianza y obediencia del paciente Ej: el paciente que ha sufrido un IMA, que aún se encuentra ingresado pero que ya pasó la fase crítica.
- Participación mutua: Típica de las enfermedades crónicas el médico orienta y el paciente por sí mismo lleva a cabo las acciones de salud. Ej. Ese paciente infartado que es enfermo crónico, y hace vida relativamente normal.

(Ver Psicología y Salud. Núñez de Villavicencio, Pag. 177)

Respuestas médicas

Tipos de respuestas que suelen presentar los médicos en la RMP, enfatizando en la necesidad de evitar las hostiles, evaluativas, de apoyo superficial; y sí desarrollar habilidades para la relación empática. (Profundizar en "Psicología y Salud, Núñez de Villavicencio y S. pág.197-207)

- Inquisitiva
- Hostiles
- Evaluativas
- De apoyo
- Para dar información
- Comprensiva o empática

Tratamiento de las malas noticias por el Médico General.

Consultar texto: Relación Médico Paciente, Rodríguez Arce María A. pág. 87.

Prestar atención a los Materiales de Apoyo "Cómo dar las malas noticias"

La comunicación de la verdad cuando se trata de una mala noticia es una situación especialmente difícil en la práctica profesional, que conlleva enormes consecuencias en la vivencia de la enfermedad de pacientes y familiares. Este trabajo se propone describir distintos aspectos asociados a la dificultad de realizar esta tarea, considerando la literatura internacional y nacional, así como las nociones de los profesionales respecto a quién y cómo se comunica información adversa. En este contexto, se expone el debate respecto a cómo proceder en estas situaciones a la luz de los principios éticos en juego y la evidencia empírica disponible; y se describen las recomendaciones de los protocolos que estructuran el proceso de comunicación de malas noticias. Considerando estas pautas como necesarias, pero no suficientes, se enfatiza la participación activa que tiene la persona del profesional en este proceso comunicativo y por tanto la relevancia de su autoconocimiento y auto-cuidado.

Por “mala noticia” se entiende cualquier información que afecta negativamente las expectativas que tiene el paciente de sí mismo y su futuro. Por lo tanto, la comunicación de malas noticias incluye una gran variedad de situaciones (desde el resultado de un examen, hasta un diagnóstico de mal pronóstico). Sin embargo, los casos en los que suponemos un quiebre profundo y radical de las expectativas de una persona son los que presentan mayores dificultades y los que han generado una serie de interrogantes. Entre ellas se encuentran: ¿Decir o no decir? ¿Cuánto decir? ¿Cómo decir una mala noticia? ¿Quién es responsable de comunicarla? ¿A quién se le comunica? ¿Qué daño puede causar una noticia? ¿Cómo balancear verdad y esperanza? ¿Desean los pacientes saber la verdad? ¿Qué le ocurre al profesional al comunicar una mala noticia? ¿Se puede “proteger” al paciente y su familia del impacto de una mala noticia?

La comunicación de la verdad se basa en el reconocimiento del valor de la veracidad y de que ésta forma parte del respeto que merece toda persona y constituye la base de cualquier relación de confianza. La mentira desconoce la dignidad intrínseca del ser humano, así como su libertad.

“toda persona tiene derecho a ser informada, en forma oportuna y comprensible, por parte del médico u otro profesional tratante, acerca del estado de su salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que ello pueda representar, así como del pronóstico esperado, y del proceso previsible del postoperatorio cuando procediere”, sin embargo, añade que esto será “de acuerdo con su edad y condición personal y emocional”.

Pautas elaboradas sugieren una serie pasos similares cuyos objetivos son los mismos
Objetivos:

1. Explorar el conocimiento y expectativas del paciente sobre su situación.
2. Determinar cuan preparado está para escuchar la información, ofrecer la misma de acuerdo a los intereses del paciente.
3. Brindar apoyo emocional reduciendo el impacto de la información y la sensación de soledad.
4. Favorecer la colaboración del paciente en un plan de trabajo conjunto.

Pasos en la Comunicación de malas noticias:

1ª Fase: Preparación del Entorno y del profesional

Es la primera fase del proceso y se refiere a la disposición, tiempo y claridad por parte del médico respecto a la información que debe ser abordada y el establecimiento de un lugar físico en el que pueda estar tranquilo con el paciente y donde luego él puede procesar la información junto a sus familiares. Entre las recomendaciones conductuales, se sugiere saludar al paciente por su nombre, establecer contacto físico si se considera pertinente (por ejemplo, dándole la mano), tomar asiento junto a él (a una distancia próxima y donde los ojos estén a un mismo nivel), y asumir una postura corporal relajada y segura (por ejemplo, evitando cruzar los brazos o echarse para atrás).

2ª Fase: Explorar la percepción e información que maneja el paciente sobre su condición

Es decir, qué sabe, cómo ha entendido lo que ha sucedido, cuán realista es su impresión y cuáles son sus expectativas, fantasías y temores. Se recomienda comenzar esta fase con una pregunta abierta permitiendo al paciente expresar sus preocupaciones y conocimiento. Es recomendable que el profesional retenga los “términos” que utiliza el paciente para describir sus aprehensiones, para luego utilizarlos al comenzar a ofrecer información. En los casos donde ya se conoce al paciente y se ha compartido su historia, la estimación de su percepción de la situación, usualmente consiste en una recapitulación por parte del profesional de los eventos recientes hasta llegar al motivo del encuentro actual.

3ª Fase: Explorar qué y cuánto desea saber el paciente en ese momento

En la medida en que se examina el grado de comprensión del paciente y sentido que le atribuye al problema, se comenzaría a determinar su deseo y capacidad de recibir información. Por lo tanto, ésta es una invitación a recibir información que debería hacerse con tacto y dejando claro que existen distintas preferencias, todas válidas, y que habrá otras oportunidades para seguir conversando y aclarar dudas. Muchas veces los pacientes comienzan la entrevista preguntando por su condición. En estos casos se recomienda reconocer la ansiedad y hacer una síntesis del motivo de la visita actual que contextualice su sentimiento y la información que se procederá a dar.

4ª Fase: Compartir la información

Una vez que se tiene claro qué sabe y qué desea saber el paciente, se comienza el ofrecimiento de conocimiento o información donde el profesional ejercería su rol educador. En este punto se hacen principalmente cuatro recomendaciones. Primero, en relación al uso del lenguaje, se sugiere utilizar palabras comprensibles evitando el vocabulario técnico. Como ya se señaló, es recomendable comenzar con los términos empleados por el paciente, no sólo porque le son familiares sino porque se expresa que se le ha escuchado. En segundo lugar, se sugiere ofrecer la información en porciones, progresiva y paulatinamente, evitando monólogos extensos. Las pausas entre las porciones de información permitirían al paciente ir procesando la noticia, así como expresar lo que le ocurre ante la misma. En tercer lugar, se sugiere ofrecer la nueva información retomando y reforzando los aspectos que maneja el paciente y las circunstancias favorables. Por último, se recomienda clarificar la información, esto es, corroborar la comprensión del paciente y asegurarse que ambos (profesional y paciente) den un mismo significado a los hechos.

5ª Fase: Explosión y acogida de sentimientos

De este protocolo, transversal a las demás, es la exploración y acogida de emociones. Este sería el aspecto determinante del logro de esta tarea y probablemente el más difícil de enfrentar. De acuerdo con Buckmann, responder a la emoción del paciente frecuentemente significa reconocerla y verbalizarla, expresando empáticamente que el profesional se da cuenta de la existencia del sentimiento y su motivo.

El rango de reacciones emocionales del paciente es amplio y variable en el tiempo. Sin embargo, los estudios sobre de duelo y de comunicación médica nos permiten tener un panorama general sobre el proceso emocional de aceptación de una realidad dolorosa. Frecuentemente ante una noticia adversa se espera una primera reacción de shock e incredulidad. Muchas veces el impacto inicial de una mala noticia se acompaña de una mezcla de terror, angustia y sensación de irrealidad. En la medida en que se comienza a aceptar lo que ocurre, estos sentimientos pueden verbalizarse (“no puede ser”, “que horror”, “que va a pasarme”) y comúnmente se siguen de sentimientos de rebeldía, culpa y resentimiento. “¿Por qué a mí?, ¿qué he hecho para que me pase esto. Una persona puede pasar de un estado emocional a otro y/o experimentar ambivalentemente distintos sentimientos.

6ª Fase: Planificación y Seguimiento

La sexta y fase final recomendada por este protocolo, es la definición de una estrategia conjunta donde se planifiquen los pasos a seguir. Esto sería central para transmitir al paciente

que no se quedará solo y que tiene algún grado de control sobre lo que vaya ocurriendo en el futuro. Sin embargo, como se ha indicado, si no se identifica y responde a las emociones del paciente, difícilmente él contribuirá (o escuchará) el plan de tratamiento. Buckmann sugiere proponer una estrategia médica que reconozca la emoción del paciente y los hechos, procurando no derribar toda esperanza.

¿Cómo comunicar malas noticias?

Asume que:

- Una mala noticia siempre es mala.
- No puedes cambiar la realidad, Ni es conveniente adornarla.
- El objetivo no es evitar el dolor sino dar la noticia evitando un mayor impacto psicológico y facilitar que se pueda asimilar la noticia de forma más equilibrada.
- Si se da una mala noticia de forma adecuada, puedes evitar aumentar el dolor de las víctimas y no dejar al afectado en un grave estado de confusión e incompreensión de lo sucedido.
- Además de dar la mala noticia, intenta ofrecer información de los pasos necesarios que se debe emprender desde ese mismo momento.

Antes de informar

- Infórmate bien de todo lo ocurrido. TODO y al detalle
- Asegúrate de la identidad de la víctima.
- Asegúrate quienes son sus familiares directos, donde están ubicados y cómo puedes localizarlos
- Ten la información necesaria de los servicios, entidades y lugares donde pueden ser atendidos tras tu marcha.

La buena comunicación de malas noticias

- Da la noticia personalmente. Evita el teléfono.
- Preséntate con tu nombre y funciones
- Inicialmente explica por qué estás allí.
- Crea un espacio adecuado apartando al resto de la familia o amigos, manteniendo la comunicación con los familiares directos (que no sean numerosos) o localiza a la persona que haya tomado la función de mediador o que le percibas como más controlada emocionalmente
- Mantén un contacto visual sereno, directo, serio y con actitud próxima para crear intimidad y transmitir seguridad
- El mensaje debe ser claro, preciso, con tacto y respeto. Di siempre la verdad (aunque no sea entera...). Ensáyalo antes porque no es fácil hacerlo
- Intenta mostrar interés, paciencia, comprensión y seguridad. No tengas prisa. Asegúrate que no se queda el afectado solo y en una situación de crisis emocional.
- Responde de forma sencilla y honesta las preguntas.
- Explica qué reacciones son normales e inevitables sin intentar reprimirlas. Infórmate al respecto.
- Interésate por sus necesidades del momento.
- Infórmale de los pasos que debe iniciar y de los servicios, entidades y lugares donde pueden ser atendidos tras tu marcha

Dar malas noticias a niños

- Los niños son niños. No son tontos. Entienden la realidad en relación con su edad. No intentes engañarles.
- Lo mejor es buscar a un allegado (amigo o familiar) o un profesional preparado para ello.
- Si no se sabe explicarle algo, es mejor reconocerlo y decirle que no sabes explicárselo
- No mientas, no busques ejemplos simbólicos o excesivamente simples. El fallecido no puede volver ni es un ángel.

- No relaciones la muerte con actos cotidianos (ni está dormido, ni se ha ido de viaje, ni se ha ido a vivir al cielo).
- No le dejes solo y arrópale también físicamente.

Lo que no debes hacer con los familiares de la víctima

- No lles objetos personales de la víctima, a no ser que sirva para su identificación (sin sangre).
- No des falsas esperanzas.
- No alargues o te entretengas en preámbulos.
- No minimices la situación (“todo pasa, no se preocupe”).
- No uses palabras o frases chocantes (desfigurado).
- No culpar a nadie de lo sucedido.
- No pierdas la calma, la serenidad.
- No informes a voz en grito ni a un grupo de afectados a la vez.

Reacciones típicas al recibir las malas noticias

- Negación
- Sorpresa
- Estupor
- Aturdimiento
- Pánico
- Shock emocional
- Culpa
- Irrealidad
- Crisis de ansiedad
- Silencio férreo
- Incredulidad
- Soledad, abandono
- Impotencia
- Dolor

Actividades para el estudio independiente

Consulte la bibliografía recomendada sobre el tema, elabore un resumen de los aspectos más significativos y trate de responder las siguientes preguntas para comprobar si ha cumplido los objetivos de la conferencia.

- 1- Fundamente cómo ha influido la RCT en la RMP actual.
- 2- Elabore un cuadro comparativo de los diferentes tipos de RMP.
- 3- Señale las pautas generales para comunicar las malas noticias
- 4- Puntualice las cosas que no se debe hacer para comunicar las malas noticias a los familiares.

Bibliografía recomendada para el estudio independiente.

- Psicología y Salud, Núñez de Villavicencio. Parte VII, pag175-213
- Relación médico paciente, Rodríguez María A, cap. 1, 2 y 3.
- Relación Equipo de Salud-Paciente Familia, González R. cap. del 1 al 8.
- Folleto Complementario Psicología y Salud, pág. 11
- Relación Médico Paciente -Conferencia, Dr. Llanio R.
- Terapéutica Psiquiátrica Integral- Gonzáles R. Cap.1, pág. 13-46
- Práctica Clínica- Nasiff Hadad A. Edit. Ciencias médicas, cap. 7, pág. 84- 96
- Materiales de Apoyo sobre el tema

Orientaciones para la Clase Taller No.1

Tema: Iatrogenia por vía psicológica.

Los estudiantes deben consultar las orientaciones metodológicas de la CT1, (aula virtual), así como realizar el estudio independiente sobre los contenidos del tema.

Iatrogenias producidas por vía psicológica. Factores psicosociales dependientes del paciente la familia y la comunidad que influyen en el proceso salud enfermedad. Cuadro interno de la enfermedad. La adherencia terapéutica. Modos de vida, estilo de vida, fuentes de conocimientos sobre salud, criterios de riesgo, amenaza y seriedad. La satisfacción del paciente como determinante del éxito terapéutico.

Respuestas a las Preguntas de autoevaluación del tema No. 1

1- Mencione los deberes del médico durante la entrevista.

- Generar empatía (ponerse en el lugar del paciente, brindar afectividad positiva)
- Dar flujo adecuado de información, según las expectativas y necesidad del paciente
- Mostrar aceptación a su paciente, admitirlo como es, sin reprocharlo
- Respetar la confidencialidad
- Mostrar que es capaz de brindar atención de alta calidad
- Situarse en el contexto sociocultural del paciente, hablar con lenguaje que comprenda
- Autoevaluarse constantemente, reflexionar sobre los desaciertos y aprender de ellos.

2- Señale cuáles son las habilidades comunicativas que debe dominar el médico.

- Escuchar activamente, estimular que el paciente hable.
- Utilizar el silencio adecuadamente
- Aclarar (con alguna pregunta, verificar si el paciente entendió bien)
- Parafrasear (repetir con palabras propias, lo expuesto por el paciente)
- Reflejar (se repite el aspecto afectivo del mensaje para tratar de comprenderlo)
- Efectuar preguntas de final abierto, que estimulan a hablar al paciente
- No mostrar señales de desaliento o aburrimiento
- Concluir la historia, evitar que queden preocupaciones sin expresar