

Asignatura: Psicología Médica

Resumen de los Principales Contenidos. Primera Parte

Entrevista médica: es una situación particular en la que dos personas el médico y el paciente se ponen en contacto con un objetivo determinado y concebido previamente.

Motivaciones del médico en la entrevista: brindar alivio a los sufrimientos, ayudar, curar, diagnosticar

Motivaciones del paciente: buscar alivio, apoyo y curación.

Modalidades de entrevista según el momento de la RMP: consulta, evolución en la sala, en el terreno de la atención primaria, etc.

Valor terapéutico de la EM: si se crea una atmósfera emocional general positiva (el calor humano que muestre el profesional, su tono de voz tranquilizante y seguro, etc.) el médico contribuye a crear estado de ánimo positivo, que disminuyan las tensiones, con lo que ayudamos al alivio del paciente, lo motivamos a que cumpla con las indicaciones, e influimos en su mejoría o curación.

Las particularidades de la entrevista médica están en relación con el objetivo fundamental de la RMP: curar al enfermo.

En la EM se ponen de manifiesto **los procesos psíquicos** (cognoscitivos, afectivos y volitivos).

El cognoscitivo orientado a lograr el diagnóstico

El afectivo dado por las reacciones emocionales de cada participante, puede facilitar la relación médico-paciente si se logra tranquilizar y disminuir las tensiones (ejemplificar con emociones, estados de ánimo, sentimientos)

El proceso conativo se expresa en las orientaciones e indicaciones ofrecidas al enfermo, las acciones que ambos realizan, la conducta que manifiestan.

¿Qué hacer en una entrevista médica?:

- Escuchar y preguntar (ayude al paciente a contar su problema)
- Observar y examinar (observe atentamente al examinarlo, diga qué hace y por qué)
- Identificar el problema
- Decidir el camino que debe tomar (explique qué hará, cómo y por qué)
- Evaluar las acciones y resultados (si el problema se ha resuelto, si dio con la solución)

Importancia de la primera entrevista: como primer contacto o impresión entre dos personalidades, con objetivo diagnóstico y terapéutico; puede crear barreras psicológicas difíciles de superar en posteriores entrevistas, o facilitar la buena relación y comunicación médico-paciente; sirve para tomar datos para la H.C y es fundamental a la hora de tratar al paciente.

Importancia de la observación del paciente durante el desarrollo de la entrevista: permite descifrar códigos verbales y extraverbales de la comunicación. Deben observarse aspectos generales del paciente, signos de la enfermedad, su conducta, rasgos de personalidad, tono y modo de hablar, de sentarse, higiene, facies.

El médico debe evitar conductas tales como:

- Amenazar al paciente
- Atacarlo
- Juzgarlo o criticarlo
- Bromear o ser sarcástico con él
- Darle órdenes
- Ser paternalista
- Eludir la situación
- Compadecerlo

**Facultad de Ciencias Médicas de Sagua la Grande
Departamento de Psicología**

Asignatura: Psicología Médica

Resumen de los principales contenidos de la Unidad Temática No. 1

Temas: Comunicación y Relación Médico-Paciente

Factores psicosociales en la historia clínica

Debe señalarse que la Historia Clínica no es una biografía del enfermo sino que debe tener un enfoque biográfico, lo que nos facilitará comprender mejor las reacciones del paciente; cómo han influido los hechos estresantes y la personalidad en su percepción de la enfermedad y en su conducta ante la enfermedad. De ahí la importancia de explorar las experiencias vividas por la persona, las características del medio en que se ha desenvuelto, la personalidad, las distintas etapas de su vida, la relación psiquis- soma que es particular en cada paciente.

Factores psicológicos y sociales que deben tenerse en cuenta durante el desarrollo de la entrevista:

- personalidad del médico
- personalidad del paciente
- condiciones que rodean la entrevista
- influencia de la familia
- nivel intelectual y cultural del paciente
- nivel socioeconómico
- posición laboral del mismo

Debe destacarse que durante la entrevista médica se produce la percepción recíproca de dos sujetos: el médico y el paciente los que se observan mutuamente para captar sus intenciones, motivaciones y características de sus personalidades. De ahí el necesario cuidado que debe tener el médico en sus expresiones extraverbales y verbales que ayudan al proceso de la comunicación y por tanto tiene **deberes** que cumplir, entre ellos:

- 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.

El médico como profesional responsable del éxito de la relación, debe ser capaz de mostrar que comprende cómo se siente el paciente y qué significado tiene estar en su lugar. Debe ser capaz de transmitir el valor moral de que siente una real solidaridad humana por su paciente y que se identifica con él. A esta cualidad de la interacción se le ha llamado **rapport, afinidad, empatía o también armonía comunicativa.**

Importancia de la empatía: Al existir empatía en una entrevista, los pacientes comparten sus pensamientos íntimos, que ordinariamente no suelen ser revelados ni a los amigos más cercanos. Se facilita la cooperación del paciente durante el examen físico, y lo ayuda en momentos de incomodidad o vergüenza y promueve por parte del paciente la aprobación y cumplimiento de las indicaciones, tratamientos u orientaciones promotoras de salud.

Habilidades comunicativas que debe desarrollar el médico:

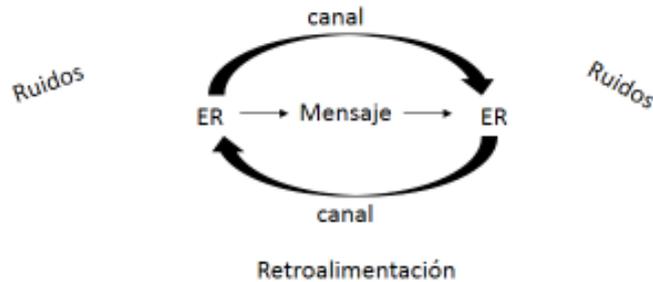
- Escuchar activamente,
- Estimular que el paciente hable.
- Utilizar el silencio adecuadamente
- Aclarar (con alguna pregunta, verificar si el paciente entendió bien)
- Parafrasear (repetir con palabras propias, lo expuesto por el paciente)
- Reflejar (se repite el aspecto afectivo del mensaje para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

Facultad de Ciencias Médicas de Sagua la Grande
Departamento de Psicología

- Concluir la historia, evitar que queden preocupaciones sin expresar.

Elementos o componentes del proceso de comunicación:

- Receptor
- Emisor
- Mensaje
- Campo de comunicación
- Vías de comunicación
- Retroalimentación
- Ruido.



Las **funciones de la comunicación:**

- Informativa (transmitir datos, ideas, opiniones)
- Afectiva (provocar estados de ánimo, reacciones emocionales)
- Reguladora de conducta (estimula a la persona a mantener determinada conducta).

Relación Médico Paciente: Es un tipo de relación interpersonal que se establece sobre la necesidad del paciente de ser técnicamente atendido y la oferta obligada del médico por su función social.

Tipos de RMP:

- Activo-pasiva: el médico desempeña el papel activo. Ejemplo: en cuadros agudos, como un IMA, o el paciente con toma de conciencia.
- Cooperación guiada: el médico dirige y el paciente cumple lo que se le orienta. Típico de cuadros agudos cuando han desaparecido las alteraciones de la conciencia. Ej.: el paciente que ha sufrido un IMA, que aún se encuentra ingresado pero que ya pasó la fase crítica.
- Participación mutua: El papel activo del paciente adquiere un mayor peso y el médico lo encausa adecuadamente. El médico orienta y el paciente por sí mismo lleva a cabo las acciones de salud. Típico de cuadros crónicos. Ej. Ese paciente infartado que es enfermo crónico, y hace vida relativamente normal.

Factores psicosociales que influyen en la RMP:

La forma específica en que cada paciente perciba su enfermedad estaría condicionada por 4 grupos de factores, los que debemos recoger en la HPS:

- Características o tipo de enfermedad (si es aguda o crónica, si necesita tratamiento hospitalario o ambulatorio, si es o no dolorosa)
- 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)
- Personalidad premórbida (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)
- Posición social y laboral del paciente. Obviamente un obrero no valora igual que un intelectual la amenaza que representa para él la enfermedad, debido a que el ser humano piensa según vive

Todos esos factores influirán en que el paciente se forme una u otra imagen de su enfermedad, lo que llamamos **cuadro interno o autoplástico:** Es la percepción subjetiva que tiene el paciente de su trastorno. Está conformado por varios niveles:

Nivel intelectual (lo que el paciente cree, sabe o piensa acerca de la enfermedad)

Nivel sensitivo (cómo siente su enfermedad, si siente dolor, mareos, malestar físico)

Nivel emocional (qué estados y reacciones emocionales vivencia, si lo deprime, disgusta, etc.)

Nivel motivacional (si tiene impulso para luchar por su salud, si se deja vencer)

Es importante conocer el cuadro interno de la enfermedad del paciente pues a veces hay que influir sobre el paciente, realizar ajustes en los niveles, para beneficio del paciente. Ej.: puede estar deprimido a causa de falsas creencias sobre las consecuencias de su enfermedad.

Facultad de Ciencias Médicas de Sagua la Grande
Departamento de Psicología

1 - Factores dependientes del carácter de la enfermedad: Si es aguda o crónica, el tipo de ayuda que requiere (tratamiento ambulatorio u hospitalario, clínico o quirúrgico), la presencia o no de dolor, la intensidad de este, etcétera.

2.- Factores dependientes de las circunstancias en las que transcurre la enfermedad.

- El grado de preocupación del paciente, que puede acompañar al desarrollo de la enfermedad y que suele ser una consecuencia de esta, en relación con el trabajo, la familia, el médico que lo atiende.
- EL medio donde se encuentra el paciente durante el desarrollo de su enfermedad, en un hogar armonioso o por el contrario problemático, en su patria o lejos de ella, en un medio hospitalario abierto o cerrado.
- Las consecuencias de la enfermedad, supuestas o reales, que el paciente considera que tendrá.

3.- Personalidad premórbida.

Es el tipo de personalidad que posee el paciente al inicio de su padecimiento. En este aspecto tienen importancia de primer orden, los elementos siguientes:

- La edad.
- El nivel general de susceptibilidad del paciente ante la realidad circundante.
- El tipo de reacción emocional, la cual está determinada por el temperamento del paciente.
- El carácter y la escala de valores del enfermo.
- El nivel de conocimientos médicos que posea.

4.- Posición social del paciente.

- Debido a que el ser humano piensa según vive, es decir, el tipo de labor o actividad que desarrolla un individuo condiciona en determinada medida la gravedad que para él tiene la función de su organismo que resulta afectada.

El cuadro interno influye en cuál sea la relación del paciente con su enfermedad:

- Normal: Cuando los criterios del paciente se corresponden con su estado o con lo que le ha sido comunicado acerca de su enfermedad.
- Subestimación: Cuando el paciente subvalora la seriedad de su padecimiento, no sigue el tratamiento y manifiesta su optimismo infundado en cuanto a su pronóstico.
- Negación: Cuando el paciente no le presta atención a la enfermedad y aparta de sí los pensamientos sobre ella con el afán de ignorarla; en esta forma se incluye la disimulación.
- Nosofóbica: Cuando el paciente teme continuamente la posibilidad de estar enfermo, se somete constantemente a investigaciones y va de un médico a otro.
- Hipocondríaca: Cuando el paciente está persuadido de que sufre una grave enfermedad o da un valor exagerado a su padecimiento; suele asociarse a la forma nosofóbica.
- Nosofilia: Cuando el estado morbozo se vincula con determinada sensación de bienestar y de ganancia secundaria; la forma extrema de este tipo de reacción se conoce como utilitaria, y puede ser más o menos consciente

Además de las motivaciones participan en la RMP las actitudes ya que al acercarse la personalidad del médico y del paciente, entra en juego el carácter o principales actitudes de cada uno. Es importante conocer cuál es la actitud del paciente hacia: la muerte, la enfermedad, la Medicina, y hacia el médico. También el médico deberá tener control de sus propias actitudes hacia el paciente.

Tipos de respuestas que suelen presentar los médicos en la RMP(aparecen en Ps y S p.197-207), enfatizando en la necesidad de evitar las hostiles, evaluativas, de apoyo superficial; y sí desarrollar habilidades para la relación empática.

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

Facultad de Ciencias Médicas de Sagua la Grande Departamento de Psicología

Se considera que en dependencia del tipo de reacción ante la enfermedad, y de los rasgos psicológicos, existen pacientes buenos y pacientes difíciles (el que está a la defensiva, el temeroso, el enojado, el manipulador). El médico siempre debe conocer las principales necesidades y conflictos que aporta el paciente, y que están repercutiendo en la RMP.

Para explicar que la satisfacción del paciente es importante para el éxito terapéutico (Psic. y S, p178-180), y que esa satisfacción del paciente y sus familiares está vinculada a la calidad

Calidad de la atención médica: armonía entre las características de los servicios brindados, con el sistema de normas y expectativas que existen en un momento histórico y sociedad.

La satisfacción del paciente es determinante en el éxito terapéutico e incluye **tres dimensiones principales**:

- El componente técnico o científico de la atención
- El de la interacción personal o "arte de la medicina"
- Las comodidades y facilidades que disfruta el paciente en el proceso de atención médica.

Se enfatiza que para que haya calidad no basta con la aplicación de sofisticada técnica, y que el hecho de que el paciente esté satisfecho tiene función dinamizadora de las conductas de salud, función terapéutica y social. Por tanto, la comunicación con el paciente debe ser afectiva además de informativa.

La relación del paciente con su médico de familia: es importante para el MGI cumplir todas las expectativas del paciente y aclararemos que todas aquellas manifestaciones que se salen del marco de una RMP adecuada dañan la relación y tienen una influencia negativa en el proceso diagnóstico y terapéutico.

Papel de la RMP en la rehabilitación médica entendiendo este proceso como sistema dirigido a la detención del proceso patológico, recuperación total o parcial de la capacidad laboral y la reincorporación del paciente a la vida socialmente útil y reflejando el grado de humanismo en las relaciones con el paciente y especialmente con el minusválido físico o mental. Esto constituye en nuestro país una responsabilidad estatal dirigida a la reincorporación del paciente al trabajo socialmente útil y a la conservación y fortalecimiento de la familia, siendo el médico el responsable de garantizar la integralidad.

La RMP en las condiciones actuales de la revolución científico técnica, en particular de la tecnificación en la medicina, a pesar del desarrollo de los medios diagnósticos y de la especialización, el hombre y la RMP serán insustituibles.

Aclararemos que el temor a la muerte, la angustia ante lo desconocido trae como consecuencia en el paciente irritabilidad, indisciplinas y reclamo constante de atención, ansiedad, gran sensibilidad ante cualquier manifestación verbal o extraverbal del médico, necesidad de afecto. También en los familiares surge el temor, ansiedad, tristeza, irritabilidad, hostilidad. Esto exige comprensión por parte del médico, y adaptar la RMP a esas circunstancias. Tener en cuenta que el paciente grave o al borde de la muerte transita por fases psicológicas (Según Kubber Ross) las que no necesariamente siguen un orden lineal: -negación -conflicto, -negociación, -depresión, -aceptación o adaptación.

Iatrogenia: todos los efectos negativos que el médico en el ejercicio de su profesión puede producir en un paciente

Dos grandes modalidades de iatrogenia:

- A.-las que no utilizan las vías psíquicas como elementos fundamentales
- B.-las que utilizan las funciones psíquicas como intermediarios

Entre las **iatrogenias de tipo psicológico** tenemos:

- deficiencias en la RMP: Un ejemplo es la que frecuentemente ocurre con los paciente alcohólicos atendidos por profesionales que no aceptan la inclusión de esta toxicomanía en la categoría de enfermedad y tratan al alcohólico como si no fuese un paciente, con las consiguientes expresiones de hostilidad nada favorables para el tratamiento. También es muy frecuente la iatrogenia en situaciones en las que el paciente demuestra su hostilidad ante la insuficiencia del tratamiento para controlar sus molestias; por ejemplo, el caso del enfermo artrósico que en su reconsulta comunica en forma hostil que después del tratamiento se siente peor. La respuesta médica habitual ejemplifica este tipo de iatrogenia: mire lo que usted tiene es artrosis y la artrosis no se cura, es un problema de la edad.
- mal uso del interrogatorio: El interrogatorio puede ser deficiente por su brevedad, la cual se percibe como manifestación de apuro; por ser indiscreto, apreciación que hace el paciente cuando las preguntas no tienen una relación clara con su problema; por ser inductor de síntomas, sobretodo en el caso de pacientes sugestionables; por utilización de términos que el paciente no conoce, deficiencia

Facultad de Ciencias Médicas de Sagua la Grande
Departamento de Psicología

productora de grandes dificultades en la comunicación; y por mala sistematización, error que causa serias dudas acerca de la capacidad científica del médico.

- deficiencias en el examen físico: El examen físico puede ser deficiente por iguales causas que las señaladas en el interrogatorio, pero sus errores son más significativos para el paciente, ya que su valoración acerca de esta etapa de la entrevista es mucho mayor. Por ello es recomendable que las maniobras fundamentales como la auscultación y la toma tensional se efectúen cualquiera que sea la sintomatología presente. La expresión: ¿no me va a tomar la presión?, pone claramente de manifiesto esta aspiración del paciente. Un examen físico demasiado minucioso o repetido por el mismo médico o por otros compañeros, crea grandes angustias en el paciente, quien sospecha por ello la existencia de una afección grave.
- mal uso de exámenes complementarios: El médico puede crear notable angustia en los pacientes cuando comenta sus dudas sobre los exámenes complementarios o cuando los repite sin una explicación adecuada. Asimismo, la realización de exploraciones importantes, por lo general desagradables para el paciente como la broncoscopia y laparoscopia debe ser muy argumentada al paciente antes de que este considere su indicación como una expresión de que el médico sospecha procesos malignos. Los errores en que se incurre por este sentido son habitualmente por omisión
- mal uso de la información: Omitida o insuficiente, Excesiva, Angustiante, A otro nivel o uso de términos técnicos, Uso de términos con significado popular de mal pronóstico, Contradictoria, Inconsistente, Indiscreta, Mal uso de la información por medios masivos, deficiencias en las prescripciones médicas, por violaciones éticas, durante la docencia y la investigación

Principales recursos para evitar las iatrogenias de tipo psicológico:

- pensar siempre en no hacer daño
- dar el valor que merece una buena RMP
- aprender a situarse psicológicamente en el lugar del paciente
- valorar adecuadamente los objetivos del paciente que acude a usted
- mida con cuidado sus informaciones pero no deje de hacerlas
- deje sus conflictos y problemas fuera de su centro de trabajo
- nunca termine sin responderse “¿he dado a este paciente lo que esperaba de mí”