2

LETI's SCIENTIFIC SERVICES

COLECCIÓN
LETITRAIN

¿Cómo gestionar interacciones difíciles con pacientes?

leti alergia

www.leti.com/zonaprofesional

COLECCIÓN
LETITRAIN

¿Cómo gestionar interacciones difíciles con pacientes?

© 2014, Laboratorios Leti
Realización editorial, Lexic S.L.
Passeig del Ferrocarril, 339, 2º 4ª - 08860 Castelldefels (Barcelona), España.

¿Cómo gestionar interacciones difíciles con pacientes?

ÍNDICE

Índice

1. **La importancia de aprender a interaccionar con pacientes** 5

2. **Interacciones difíciles** 13

2.1. Identificar las interacciones difíciles 16

2.2. ¿Dónde está la dificultad? 20

2.3. ¿Cómo me autogestiono en estas situaciones? 28

2.4. El arte de escuchar 29

2.4.1. Aprender a escuchar 30

2.4.2. Características que definen la acción de escuchar 31

2.4.3. Errores más frecuentes al escuchar 33

2.4.4. Cómo aprender a escuchar 35

2.5. El arte de comunicar 38

2.5.1. Favorecedores de la comunicación con los pacientes 41

2.6. ¿Qué tipo de médico quiero ser? 42

3. ¿Cómo intervenir adecuadamente? 47
3.1. Código de bioética 49
3.2. Clasificación de los pacientes 51
3.2.1. Clasificación por tipos de personalidad de los pacientes 54
3.2.2. Clasificación por nivel socioeconómico 56
3.2.3. Clasificación por edad 57
3.2.4. Clasificación por sexo 57
3.2.5. Clasificación por conducta 58
3.3. Comunicación verbal 62
3.3.1. La comunicación 62
3.3.2. ¿Cómo podemos lograrlo? 63
3.4. Comunicación no verbal 68
3.4.1. Kinesia 70
3.4.2. Paralingüística 74
3.4.3. Proxémica 75
3.5. Comunicación no verbal de los pacientes 76
3.5.1. Sensibilidad 77
3.5.2. Expresividad 77
3.6. Técnicas de autocontrol 81
3.6.1. Respiración profunda 81
3.6.2. Detención del pensamiento 82

3.6.3. Relajación muscular 83
3.6.4. Ensayo mental 84
3.7. Estrategias de resolución de conflictos 84
3.8. ¿Qué puedo hacer para evitar estas situaciones? 91
3.9. ¿Qué puedo hacer para generar un buen clima? 93
3.10. Cómo actuar según el tipo de paciente 94

4. Bibliografía/Documentación 99

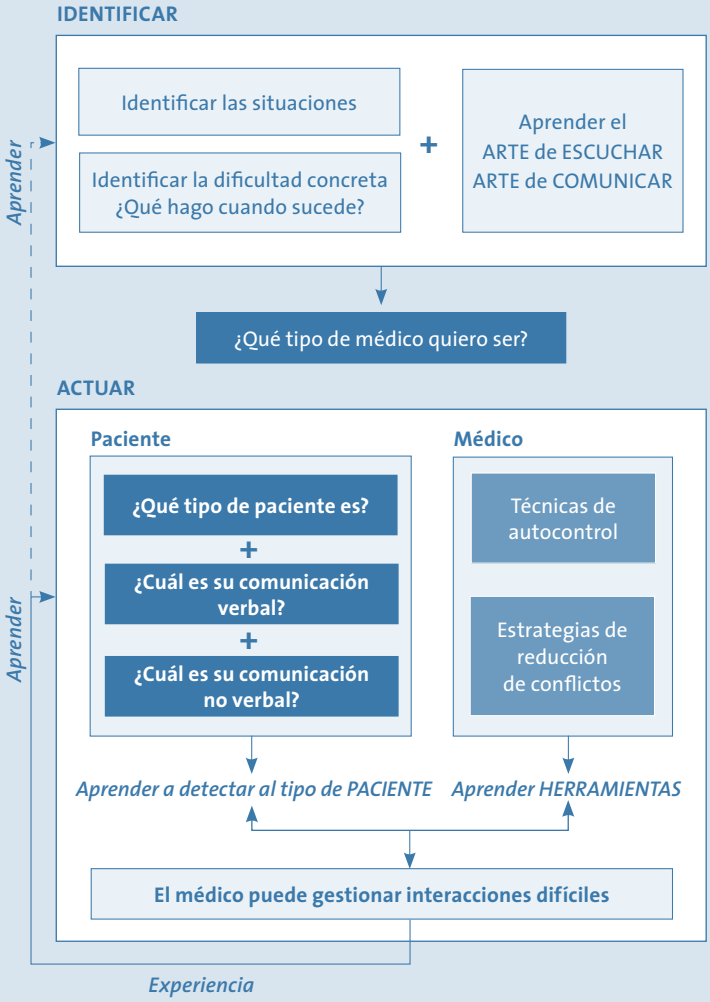
5. Autores 103

6. Notas 107

¿Cómo gestionar interacciones difíciles con pacientes?

ESQUEMA

¿Cómo gestionar interacciones difíciles con pacientes?



1

La importancia de aprender a interaccionar con pacientes

1. LA IMPORTANCIA DE APRENDER A INTERACCIONAR CON PACIENTES

- ¿Qué entendemos cada uno de nosotros por paciente?
- ¿Por qué se dirige a nuestra consulta?
- ¿Cómo me dirijo a él?

Un **paciente** no solo es aquel individuo que tiene paciencia para afrontar las distintas situaciones que le plantea el destino. También es **paciente** quien sufre alguna afección psíquica o física y acude a un profesional de la salud para tratar su padecimiento.

La gramática, además, asocia el concepto con la persona que recibe la acción del verbo y define como **sujeto paciente** al sujeto de un verbo en voz pasiva.

Si se aborda el concepto en relación al plano de la medicina, se podrán hallar distintas clases de **pacientes**. Según las características del tratamiento que reciba y qué especialidad

médica deba ocuparse de su salud, es posible encuadrar cada caso en distintas categorías, pero si se aborda el concepto en relación al trato personal, lo cierto en la mayoría de los casos es que **un paciente siempre espera, espera algún diagnóstico, algún tratamiento, y lo espera con cierta preocupación e impaciencia antes de conocer su enfermedad, así que lo más importante para el paciente es obtener un buen diagnóstico y, sobre todo, ser escuchado, entendido y respetado.**

Estamos de acuerdo en que no es lo mismo la primera visita, donde se genera mucha incerteza del tipo *¿qué es lo que tengo?, ¿será bueno?, ¿será malo?, ¿me tendrán que hacer muchas pruebas?, etc.,* que en la fase donde ya se conoce el diagnóstico o el tratamiento específico.

En la primera visita, el paciente necesita encontrar **un médico que sea un referente para él**, que le **merezca confianza** y así pueda explicar cómo se siente sin avergonzarse de nada. La **primera visita es vital** para ambos **para conocerse**, **escucharse, respetarse y generar un buen clima** para las visitas posteriores.

En las visitas de seguimiento, cuando ya nos conocemos, el paciente ya está diagnosticado y seguramente sometido a tratamiento, sigue siendo necesario conseguir una adecuada relación médico-paciente para lograr un buen control de las enfermedades crónicas, como pueden ser las alergias. A menudo, esta relación dura años, pues las enfermedades cró-

nicas, como su nombre indica, perduran en el tiempo y necesitan un control periódico. Esta relación puede ser para bien o para mal para ambas partes. Tanto los médicos como los pacientes necesitan aprender a conducir la relación de manera satisfactoria para obtener mayor satisfacción personal y buenos resultados del tratamiento.

Aun así, **el médico es el responsable de generar el clima de confianza con el paciente** consiguiendo que este se sienta bien atendido, pueda hablar con franqueza y confíe en él; a su vez, el médico podrá realizar su labor con seguridad y tranquilidad.

Los pacientes necesitan la confianza con el médico.

Hay tipos de pacientes y hay tipos de médicos.

Ficha de trabajo

¿Cuál es el motivo por el cual quiero mejorar mi forma de interactuar con los pacientes?

- ☐ Comprender a los pacientes para adaptar mi comunicación a su preocupación.
- ☐ Ayudarles a aceptar su enfermedad y a que la integren en su vida.
- ☐ Sentirme más satisfecho al percibir que confían en mí.

¿Cuál creo que será el beneficio para mí como médico al mejorar la forma de interactuar?

- ☐ Si comprendo al paciente y le ayudo a disipar su preocupación generaré confianza, lo que facilitará la interrelación personal.
- ☐ Si el paciente asume su enfermedad y se responsabiliza de ella, facilita el control de la enfermedad, me facilita mi labor, reduce su dependencia y la probabilidad de mejoría se incrementa.
- ☐ La satisfacción me proporciona bienestar y autoconfianza.

Concretamente, ¿qué quiero mejorar?

- ☐ Escuchar al paciente con atención para posteriormente darle la información que necesita.
- ☐ Asegurarme de que comprende lo que le comunico.
- ☐ Utilizar un lenguaje más cercano al paciente para facilitarle la comprensión.
- ☐ .....
- ☐ .....
- ☐ .....
- ☐ .....

¿Cómo gestionar interacciones difíciles con pacientes?

2

Interacciones difíciles

2. INTERACCIONES DIFÍCILES

La comunicación entre dos personas dependerá de la actitud que cada una de ellas adopte en la conversación. La forma en que se interrelacionan es variable en función de su situación. Esta variabilidad no se debe solamente a las características que presentan los pacientes y a sus circunstancias vitales, sino también a características del médico, como su propia personalidad, sus expectativas, su problemática o situación personal, que harán que perciba al paciente que tiene delante de una forma u otra. Pero, ¿hasta qué punto el médico es consciente de esta realidad?

Generalmente, la investigación relacionada con la comunicación médico-paciente se ha centrado en el comportamiento, la información que se intercambia, las preguntas y respuestas que se realizan, o en aspectos relacionados con la comunicación no verbal.

Sin embargo, no se ha establecido aún con claridad el efecto de otros aspectos de la relación como, por ejemplo, los **moti-**

vos y estados emocionales por los que, tanto el médico como el paciente, se comporten de una forma determinada.

> **Así, se sabe que la satisfacción de los pacientes con la visita médica está muy relacionada con el comportamiento del médico.**

En la relación médico-paciente se pueden producir situaciones complejas y estas pueden ser por diversas causas; aun así el médico puede influir con sus intervenciones para que estas situaciones no se produzcan o, si se producen, que no lleguen a convertirse en un conflicto.

2.1. Identificar las interacciones difíciles

En el acto médico tiene lugar un proceso psicológico y social al igual que ocurre en otras esferas de la vida del ser humano. **No sería realista pensar que al médico le han de gustar todos los pacientes por igual.** Sin embargo, es necesario tener en cuenta nuestras propias emociones y sentimientos o, en otras palabras, hemos de ser conscientes del efecto y reacciones que producen algunos pacientes en los médicos. De esta forma, se podrán controlar o modular aquellos comportamientos que pongan en peligro una buena relación.

Por ello, como médico, es importante que conozca aquellas situaciones que pueden resultarle difíciles de gestionar. Hágase estas preguntas:

- **¿Cómo me afectan los comentarios de los pacientes?**
- **¿Cómo me siento cuando un paciente me transmite desconfianza?**
- **¿Cómo me afecta cuando el paciente exige más de lo que debería de mí?**
- **¿Cómo me afecta el paciente que lo sabe todo?**
- **¿Cómo me afecta el paciente que no escucha?, ¿y el que es aprensivo?**
- **¿Cómo reacciono ante un paciente agresivo?, ¿y ante un paciente pasivo?**

Ser consciente de las situaciones que le provocan una alteración, y en consecuencia pueden hacer peligrar una buena relación con su paciente, es una forma de buscar soluciones para aprender a gestionarlas. Conociéndolas podrá preparase para reaccionar de forma empática y asertiva, e impedir que la actitud de su paciente le provoque un cambio en su conducta que altere su estado emocional y profesionalidad.

Ficha de trabajo

Basándose en su experiencia con los pacientes, realice la lista de situaciones en las que se ha encontrado con dificultades para gestionarlas o ha detectado que no tenía los recursos adecuados para afrontarlas.

- Situación 1

.....

.....

.....

.....

- Situación 2

.....

.....

.....

.....

Situación 3

Situación 4

Situación 5

2.2. ¿Dónde está la dificultad?

Identificar las interacciones difíciles es un primer paso, el segundo paso para solucionar estas situaciones es averiguar exactamente **¿cuál es el motivo por el cual le resulta difícil una situación?**

Reconocer los motivos le permitirá buscar maneras de enfrentarse a estas situaciones con la seguridad y tranquilidad suficiente para conseguir que la interacción con el paciente no se deteriore, es decir, que usted sea un buen médico, independientemente del paciente que está visitando.

Por ejemplo:

- Reconocer que cuando está cansado tiene mal humor. Por su profesión es posible que existan momentos en los que está cansado, una guardia complicada, exceso de trabajo, etc. Ante esta situación puede buscar técnicas que le permitan, a pesar del cansancio, cambiar el humor o evitar que el mal humor lo transmita a los demás, quizás limitando las conversaciones a frases cortas y sin connotaciones negativas o, simplemente, evitando las conversaciones y focalizarse en el paciente.

- Si reconoce que la violencia le pone nervioso, deberá prepararse ante un paciente agresivo para conservar la calma, por ejemplo, utilizando algunas de las técnicas de autocontrol que más adelante se detallan.

Reconocer los motivos que le dificultan afrontar las situaciones identificadas le permitirá elaborar estrategias para superarlas. Este trabajo de autoconocimiento es necesario para poder autogestionarse.

Ficha de trabajo

Recuerde cinco interacciones difíciles que le hayan ocurrido alguna vez, anótelas y responda a las siguientes preguntas:

- Situación 1

.....

.....

.....

¿Cuál es el motivo por el cual le resultó difícil?

.....

.....

.....

¿Qué es lo que sentía?

.....

.....

.....

Y si le pasara hoy, ¿cómo lo mejoraría?

Situación 2

¿Cuál es el motivo por el cual le resultó difícil?

¿Qué es lo que sentía?

Y si le pasara hoy, ¿cómo lo mejoraría?

.....

.....

.....

▶ Situación 3

.....

.....

.....

¿Cuál es el motivo por el cual le resultó difícil?

.....

.....

.....

¿Qué es lo que sentía?

.....

.....

.....

Y si le pasara hoy, ¿cómo lo mejoraría?

Situación 4

¿Cuál es el motivo por el cual le resultó difícil?

¿Qué es lo que sentía?

Y si le pasara hoy, ¿cómo lo mejoraría?

- Situación 5

¿Cuál es el motivo por el cual le resultó difícil?

¿Qué es lo que sentía?

Y si le pasara hoy, ¿cómo lo mejoraría?

2.3. ¿Cómo me autogestiono en estas situaciones?

Aunque en otro capítulo se abordan las técnicas de autocontrol, nadie mejor que uno mismo sabe reconocer qué acciones consiguen que recupere la calma y no pierda el control de la situación.

Cuando se producen situaciones que le resultan difíciles de gestionar en una conversación con un paciente, independientemente de las acciones que puede hacer, hay una que debe conseguir dominar: mantener una **comunicación empática y asertiva.**

Por ejemplo:

- Si identifica que ante un paciente que le cuestiona la veracidad de la información que le proporciona se siente incómodo, ante el primer indicio que detecte, deberá reaccionar y poner fin a esta situación para evitar que se prolongue y consiga que se altere aún más.

- ¿Cómo puede poner fin a esa situación?: con asertividad y control de la misma.

- Por ejemplo, puede invitarle a que verifique la información:

  "Le invito a que verifique la información que le comento en..."

"Si prefiere verificar la información puede consultarlo en..."

"Antes de continuar, ¿tiene alguna duda sobre la información que le he proporcionado? o ¿prefiere compartir conmigo la información que tiene para que la comentemos?"

2.4. El arte de escuchar

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua define la **escucha** de la siguiente manera:

Escuchar es una acción y no una mera actitud de pasividad. Para que se dé la escucha es necesario que alguien hable y que otro escuche.

Escuchar, según esta acepción, exige la comparecencia de dos personas, una de las cuales realiza la acción de hablar y transmitir, mientras la otra persona se entrega a la tarea de oír con toda la atención.

Otra definición se corresponde con la escucha profesional del área terapéutica denominada *Focussing* o terapia centrada en el paciente:

Escuchar es la manera de expresarse con presencia, empatía y terminología lingüística apropiada para que le devuelva a

la persona lo que ha dicho, exactamente o parafraseando, sin intención de cambiar, agregar nada esencial ni tampoco hacer cambios en su experiencia.

Este concepto de escucha se denomina "escucha activa" o "empática". Tiene unas técnicas muy concretas y muy delimitadas: reflejo de sentimiento y de contenido.

Los médicos y los profesionales de la salud han de contar con tres poderosas armas para poder realizar su actividad: tener la autoestima elevada, sentirse seguros y conocerse. Solo así podrán ayudar a los demás. Cuando están en su consulta o centro de salud, deben aparcar sus problemas personales y explotar la empatía, es decir, la capacidad de ponerse en el lugar del otro. Puede que deban afrontar situaciones con pacientes agresivos, angustiados o que hayan sido maltratados. Para ello cuentan con un lema a seguir: **"El arte de la escucha es el arte de la espera".**

2.4.1. Aprender a escuchar

Escuchar implica no guiar, no aconsejar y no manipular. Todas estas actitudes están muy presentes cuando oímos, pero no deben aparecer cuando escuchamos. Escuchar es también acompañar sin interferir. Hay un estupendo valor catártico en poder pensar en voz alta y compartir el problema con otro ser.

Oímos con nuestros oídos, pero escuchamos con nuestros ojos, mente, corazón, piel y entrañas.

2.4.2. Características que definen la acción de escuchar

1. **La apertura**. Debemos estar abiertos al mundo cambiante, con capacidad de adaptación y flexibilidad. Hemos de limpiar nuestras deformaciones y nuestros viejos esquemas hacia el otro.

2. **La temporalidad y oportunidad**. La acción de escuchar se da siempre en un contexto de diálogo que acontece en un tiempo y en un lugar. La persona que sabe escuchar sabe elegir el momento y el lugar idóneos.

3. **La empatía**. Es lo contrario al distanciamiento o a la cortesía fría. Se trata de la capacidad de identificarse y caminar con el otro en su Presencia (el nudo del conflicto). Se trata de pertenecer al triángulo Tú, yo y el Algo o Presencia.

Por ejemplo:

"comprendo tu situación, si yo estuviera en tu lugar también..."

"sé que es difícil cambiar los hábitos, yo tuve que cambiar..."

"¿cómo puedo ayudarte?"

4. **Evitar la guía o directividad** con perífrasis de obligación, puesto que se trataría de una decisión elaborada por nuestro yo, pero no por el otro (aquel a quien queremos escuchar, por ejemplo un amigo o un paciente). Si insistimos en guiar, la "conversación" carecerá de validez para el paciente, lo que importa es que el propio paciente tome sus decisiones y nosotros le acompañemos en este proceso.

Por ejemplo:

"hemos visto el tratamiento, ¿cómo crees que puedes cumplirlo?"

"¿qué dificultades crees que puedes tener para ser persistente en la administración de la medicación?"

"me dices que no te acordarás de administrarte la vacuna cada día, ¿qué haces para acordarte de otras cosas?"

5. **Debemos olvidarnos de ser iluminados o sabios** en la guía o en los consejos.

6. **Realizar preguntas con técnica.** Por ejemplo, indicaciones de querer saber más desde el interés, o repetir una frase o palabra clave.

Por ejemplo:

"¿cómo valoras lo que te acabo de comentar?"

"¿qué más necesitas saber?"

"con lo que te he comentado, ¿qué te parece empezar con este tratamiento?"

2.4.3. Errores más frecuentes al escuchar

Muchas veces creemos sinceramente que estamos escuchando y no somos conscientes de que, de hecho, no lo estamos haciendo. Algunos de los errores más comunes que nos impiden escuchar de manera real y efectiva son:

1. **La burbuja del ruido**. Actualmente el ruido nos persigue sin dejarnos ni tan siquiera escucharnos a nosotros mismos. Se trata de una excesiva exposición a lo auditivo o a nuestra conversación interna.

2. **Las prisas**. Escuchar con la prisa de por medio es imposible. Se trata de comprometerse y vincularse, con lo cual el tiempo se detendrá por unos momentos. Lo contrario de la prisa es la paciencia y el detenimiento en el otro.

3. **La comunicación formal estereotipada**. Lo formal encasilla la realidad en un esquema general, impersonal, lo que dificulta la comunicación. En la comunicación formal

las personas no pueden encontrarse, simplemente se encuentran sus roles. Los prejuicios impiden la comunicación.

4. **Sesgos y prejuicios**. Cuando solo oímos podemos correr el riesgo de ofrecer mensajes contaminados que nos apartan de la escucha auténtica.

5. **La comunicación no comprometida**. Se trata de una comunicación farisaica, con alta dotación de formalismos pero de escasa implicación. El que escucha debe controlar lo que piensa, siente o deduce.

6. **Un monólogo egótico**. Se percibe en una exposición y escucha del yo con el yo, el que habla está encantado de escucharse y de tener al otro como decorado necesario del escenario.

Una asistencia sanitaria de calidad no se obtiene únicamente con conocimientos médicos.
Es fundamental dominar habilidades sociales como la escucha activa, la asertividad o la empatía. Solo así el paciente se sentirá cómodo con la atención recibida.

2.4.4. Cómo aprender a escuchar

1. Buscar un espacio adecuado.

2. Tener a mano la historia clínica completa del paciente.

3. Generar en el paciente la convicción de que será escuchado atentamente.

4. Explicitar el tiempo que se dedicará a la reunión.

5. Dar una respuesta a la situación planteada, con información, con disculpas adecuadas y de ser necesario generará correcciones en los circuitos internos.

6. Centrar la atención en lo que se dice anotando datos relevantes.

7. Devolver lo escuchado y solicitar más información sobre los puntos relevantes.

Ficha de trabajo

Errores más frecuentes al escuchar

- La burbuja del ruido.
- Las prisas.
- La comunicación formal estereotipada.
- Sesgos y prejuicios.
- La comunicación no comprometida.
- Un monólogo egótico.

¿Con qué errores se siente usted identificado?, es decir, qué errores cree que habitualmente comete con sus pacientes.

.....

.....

.....

.....

Para cada uno de los errores, hágase la siguiente pregunta:

¿Qué puedo hacer para eliminar el error?

2.5. El arte de comunicar

- ¿Qué piensan los médicos de la comunicación con los pacientes?
- ¿Qué piensan los pacientes de la comunicación de los médicos?
- ¿Existen los problemas de comunicación?

Al confundir comunicación con información en la relación médico-paciente, la despojamos de su contexto humano, de la interrelación personal que debe primar en la relación con los pacientes. El médico corre el riesgo de sobreinformar en vez de comunicar.

> **Cuenta Platón que cuando Sócrates observaba a los médicos que desbordaban de información a los enfermos, les espetaba: "Insensatos, ellos quieren curarse, no estudiar medicina" (Platón 427-347 a. C.).**

La comunicación del médico hacia el paciente comprende una transmisión de información por parte del que posee el conocimiento (médico) y una interiorización e integración de este conocimiento por parte del receptor (paciente). Esta información puede proporcionarla el médico de las siguientes formas:

1. Forma **pasiva:** comunica la información de forma verbal o escrita y asume que el paciente se lo cree y entiende.

2. Forma **participativa**: expone la información, recoge la información del paciente y contrasta que la información recibida por el paciente es correcta y está conforme.

Además, hemos de tener en cuenta que el perfil del paciente ha evolucionado. Actualmente los pacientes disponen de mayor nivel de información, tienen mayor autonomía y han incrementado su capacidad e interés por participar en las decisiones que afectan a su salud, por lo tanto, los pacientes exigen aún más que **el médico sea un buen comunicador participativo**, podríamos decir que la comunicación pasiva ha pasado a la historia.

Por ejemplo, actualmente los pacientes consultan en Internet su diagnóstico, por ello, esperan obtener el mismo resultado de su médico,

¿cómo conseguir que el paciente crea en el médico?...

El médico debe asegurarse de lo que el paciente ha leído, con el objetivo de conocer la diferencia entre la información leída en Internet y la que le está proporcionando.

Por ejemplo, un paciente que llega a la consulta y comenta "tengo un resfriado que no me lo quito de encima, me pica

la garganta, los oídos y el paladar, tengo tos, lagrimeo, moqueo, estornudo y tengo congestión nasal, y he visto que en Internet pone que me tome un antigripal pero no acabo de mejorar del todo." ¿Me da algo más fuerte?"

Basándose en estos síntomas se realiza un diagnóstico, en cambio, si profundizamos en dichos síntomas y detectamos que perduran en el tiempo coincidiendo con la estación polínica de un determinado polen, observamos que la mucosidad es siempre acuosa, que nunca ha presentado décimas de fiebre y, además, tenemos en cuenta otros parámetros, el diagnóstico puede pasar de resfriado a rinitis alérgica.

El médico debe saber comunicarse con sus pacientes en un lenguaje comprensible para ellos, y durante la conversación el médico debe responder a todas las inquietudes del paciente. Los pacientes deben poder preguntar para obtener más información que consideren necesaria o preguntar sobre temas relacionados con su tratamiento, consecuencias, origen de la alergia, en definitiva, se trata de que **se sientan satisfechos con la información y atención recibida por su médico.**

Otro de los aspectos que hacen que los pacientes tengan una actitud más activa es la cultura de derechos del paciente.

La forma en la que el médico comunica todo lo que el paciente quiere y necesita saber, más lo que el médico considera que el paciente ha de conocer, generará una relación de

confianza con su paciente o generará malestar. ¿Qué tipo de relación quiere tener con su paciente?

Recuerde:

Es imposible no comunicarse.
(Uno de los Axiomas de la Comunicación Humana de Watzlawick.)

Usted siempre transmite al paciente información aunque no hable, sus gestos, su mirada, su postura corporal, le comunica algo a su paciente.

2.5.1. Favorecedores de la comunicación con los pacientes

- Planificar la comunicación.
- Utilizar lenguaje sencillo, asertivo y comprensible.
- Mantener una flexibilidad y compresión con pensamientos, valores y conductas ajenas.
- Escuchar con sosiego y no interrumpir innecesariamente.

- Tener una actitud empática.
- Reflexionar lo que un paciente ya sabe, lo que quiere conocer y lo que consideramos que debe saber.
- Satisfacer las necesidades de información conforme van surgiendo.
- Asegurarse de que la información facilitada ha sido comprendida antes de tomar la decisión.
- Proporcionar ánimo y apoyo.

2.6. ¿Qué tipo de médico quiero ser?

Una de las características más importantes compartidas por los profesionales de la salud es su preocupación por sus pacientes. Cuanto más se preocupan por los demás, más se esforzarán para proporcionar la mejor atención médica posible.

El cuidado de las personas le ayudará a tomar decisiones basadas en lo que es mejor para el individuo y también le ayudará a **motivarle**. Después de trabajar largos turnos de trabajo y estar de guardia, estar preocupado por el bienestar de sus pacientes le servirá como un recordatorio de por qué quería ser médico.

- ¿Realmente me preocupan mis pacientes?

- **¿En qué medida es esta preocupación?**
- **¿Veo clientes o pacientes?**
- **¿Por qué decidí estudiar medicina?**
- **¿Cuál es mi misión?**

A diferencia de muchos puestos de trabajo, los médicos tienen muchas responsabilidades importantes en sus manos. Un médico se ocupará de numerosos pacientes en cada turno y deberá realizar varias tareas para que las cosas estén hechas. Si un médico no está haciendo su trabajo correctamente, los tiempos de espera aumentarán y los pacientes posiblemente sufran las consecuencias, lo que hará que las visitas sean más cortas y con menos afecto porque a usted tampoco le gusta esta situación:

- **¿Descargo los problemas administrativos o presupuestarios en mis pacientes?**
- **Si estoy cansado de las guardias, ¿los pacientes se dan cuenta?, ¿los trato igual?**

Los buenos médicos deben ser capaces de ejercer la humildad y pedir ayuda cuando la necesitan. Un médico que tiene exceso de confianza está arriesgando la seguridad y el bienestar del paciente, ya que puede mostrar inseguridad a sus pacientes.

Ser un buen médico... y ser un médico bueno.

Puede haber un buen médico malo y un mal médico bueno. El buen médico es aquel que tiene los conocimientos y destrezas necesarios para atender los problemas de salud curativa y preventiva. El médico bueno se caracteriza por cualidades fundamentales, entre otras: humanidad, compasión y amor. Ser cercano, resolutivo y empático.

Usted es quien decide el tipo de médico que quiere ser, en sus manos está la decisión y actuar para conseguir serlo. ¡Todo es posible si quiere! ¿Qué tipo de médico decide ser?

Ficha de trabajo

¿Cuál es el motivo por el que quise ser médico?

¿Cuáles son mis habilidades sociales con mis pacientes?

¿Cómo soy como médico?, ¿cómo me defino como médico?

¿Qué quiero cambiar para ser mejor médico?

¿Qué quiero aprender para ser mejor médico?

3

¿Cómo intervenir adecuadamente?

3. ¿CÓMO INTERVENIR ADECUADAMENTE?

3.1. Código de bioética

1. La relación médico-paciente se debe establecer en un entorno de respeto mutuo, con un alto sentido de calidad moral, una preparación técnico-científica adecuada y con la aprobación del paciente de todas las acciones médicas que se requieren para su tratamiento.

2. La información que proporciona el médico al paciente o a sus familiares debe ser en un lenguaje comprensible, lo que permita que el enfermo tome la decisión de las propuestas terapéuticas y diagnósticas que el médico sugiera. Asegúrese de que le entiende técnicamente, que entiende sus palabras, que entiende qué es lo que le está pasando, es él quien tiene la enfermedad y la capacidad de elección personal en todo momento, no intente imponer su voluntad.

5. La relación médico-paciente establece obligaciones mutuas. Los médicos están obligados a actuar con profesio-

nalismo, ética, calidad y tratar al paciente con respeto. El paciente debe solicitar la información relacionada a su padecimiento y tratamiento. Debe comprender cabalmente el tratamiento propuesto y participar de forma responsable de su cuidado.

6. El médico debe aplicar, con criterio, responsabilidad y fundamentado en el diagnóstico clínico, los métodos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y asegurar una evaluación clínica integral del paciente, explicándole su utilidad. Se debe evitar solicitar estudios repetitivos e innecesarios.

7. El médico debe fomentar la participación activa del enfermo y su familia en el cuidado de su salud, estableciendo un compromiso mutuo.

9. El médico debe dirigirse al paciente por su nombre, evitando aplicar diminutivos aparentemente afectuosos, ante la posibilidad de parecer peyorativos. Explíquele claro lo que aparece en la receta. Toda receta médica debe ser elaborada por el médico tratante con el detalle y especificidad necesaria.

10. El médico debe informar al paciente de la evolución de su enfermedad y del tratamiento que está recibiendo, así como de su pronóstico.

3.2. Clasificación de los pacientes

Así como reconocemos que cada paciente es único y merece su trato personalizado, los grupos de pacientes tienen, sin embargo, atributos comunes demográficos, diagnósticos y terapéuticos que determinan su intensidad de consumo de recursos. Mediante el desarrollo de grupos de pacientes clínicamente similares y con una intensidad de recursos parecida, podemos distribuir a los pacientes en grupos significativos.

1. **El paciente que se queja de manera exagerada.** Es frecuente que el médico observe casos en los que la magnitud de las quejas no se corresponde con la gravedad de la enfermedad. Ante estas situaciones, el médico debe tener en cuenta que el paciente puede exagerar las quejas porque cree lo siguiente:

   - Conseguirá mejor atención médica.
   - Está asustado por las causas de su enfermedad.
   - Conseguir más afecto y atención de sus familiares o de otras personas.
   - Por su cultura.

2. **El paciente "valiente".** Es el paciente que niega el malestar y el dolor. Generalmente, los profesionales de la salud no consideran esta situación como un "problema", al contrario, en la cultura occidental se consideran "admirables" conductas de autocontrol y estoicismo. Sin embargo, este tipo de comportamiento puede ser contraproducente, ya que revela que el paciente está teniendo mecanismos de defensa y negación del malestar, que si bien son útiles para disminuir la experiencia dolorosa, son sumamente perjudiciales, ya que la persona tiende a restarle importancia a la enfermedad, cuidado y tratamiento.

3. **El paciente iracundo.** Quizás una de las situaciones más difíciles de manejar para los profesionales de la salud es la del paciente agresivo, criticón y que constantemente amenaza (y en muchas ocasiones, lo hace realmente) con quejarse a los superiores, etc.

¡Un médico sufrirá de 5 a 6 reclamaciones en su vida laboral!

Las causas por las que un paciente actúa de esta forma son:

- Anteriormente ha sido mal diagnosticado y tratado.
- Está asustado, temeroso y encubre el miedo con este tipo de comportamientos.
- Es una persona habitualmente litigante y agresiva que no sabe utilizar otras formas de comunicación más efectivas.

> **"Los doctores son hombres que prescriben medicinas que conocen poco, curan enfermedades que conocen menos, en seres humanos de los que no saben nada". Voltaire (1694-1778).**

3.2.1. Clasificación por tipos de personalidad de los pacientes

Los tipos de personalidad de los pacientes reflejan su autoimagen, que es la suma de la imagen personal, la personalidad y la posición social, así como las relaciones con la familia, amigos, socios y conocidos.

Existen cuatro tipos de personalidad en los pacientes, y para cada una de ellas, respuestas adecuadas:

1. **Impulsivo.** Decidido, se centra en los resultados, decide rápidamente, quiere ahorrar tiempo, muy organizado, detallista, personalidad típica de hombre de negocios, no le gusta alargar las charlas.

El médico responderá de forma rápida y eficaz a las preocupaciones del paciente y maximizará el uso del tiempo de la visita.

2. **Expresivo.** Le gusta pasar un buen rato social, le gusta sentirse bien, muy emotivo, toma las decisiones con rapidez, no le gusta el papeleo, a menudo es desorganizado y le gusta compartir su vida personal.

Responda a esta personalidad discutiendo los beneficios del tratamiento con fotografías e historias, dedíquele una pequeña charla y parezca animado.

3. **Amigable.** Se siente atraído por personas con intereses similares, apenas reacciona a la presión o a la motivación, emocional, lento a la hora de tomar decisiones, teme las consecuencias, lento en los cambios, más seguidor que líder.

El doctor presentará la información a lo largo de diversas visitas. En el caso de que se deba resolver en una sola visita, el médico debe asegurarse de que comprenda la información relevante para que tome la decisión basándose en ella, es decir, sintetizar y concretar la información para que el paciente no se "pierda" en ella.

4. **Analítico.** Necesita detalles e información ilimitados, mente técnica, muy excitable y emotivo. Le cuesta mucho decidirse y para ello necesita más tiempo.

El doctor aportará información adicional en forma de material objetivo y escrito cuando sugiera un tipo de tratamiento.

3.2.2. Clasificación por nivel socioeconómico

Los pacientes con un nivel socioeconómico bajo normalmente suelen expresarse y explicar su sintomatología con más dificultad que una persona mejor educada o con más recursos, utilizando más elementos de la **comunicación no verbal en la expresión.**

Si no estamos atentos a estos signos de la expresión no verbal, podemos perder gran parte de la información.

Son pacientes que tienen más dificultades para expresarse bien, se pueden mostrar más cohibidos, preguntar menos y, de alguna forma, parecer menos interesados en su salud. Estas "percepciones" o estereotipos pueden confundir a la persona que los recibe e influir en la forma de reaccionar ante ellos. Por ejemplo, el médico puede pensar "ya no le explico más porque lo voy a confundir o porque no me va entender o porque ya no me sigue".

Normalmente, el profesional ofrece más información al paciente cuando este se encuentra en un nivel socioeconómico más elevado, preguntan más y los médicos proporcionan más información.

3.2.3. Clasificación por edad

Otros estudios han valorado las diferencias en el tipo de comunicación que se establece entre médico y paciente en función de la edad de este último. Así, existe una tendencia a comportarnos con los pacientes mayores igual que lo hacemos con los niños, es decir, exagerando mucho la entonación, hablando más despacio o haciendo más gestos. Este comportamiento por parte del médico no parece ser debido a que intente sintonizar con su paciente de edad avanzada y que le entienda, sino a que, socialmente, se dan ciertos estereotipos de la ancianidad.

También se ha demostrado que damos más información y nos mostramos más cercanos con los pacientes mayores que con los adultos jóvenes.

3.2.4. Clasificación por sexo

En cuanto al sexo de la persona, bien sea del médico o del paciente, existen ciertas diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a modelos y habilidades de comunicación y también respecto a buscar cuidados de salud. Las mujeres tienden a dar más información, a hablar más y a preguntar más.

En otras ocasiones, el paciente actúa según las normas sociales, actitudes, creencias y expectativas de la cultura a la que pertenece.

3.2.5. Clasificación por conducta

Atendiendo al tipo de relación establecida con el profesional, el paciente puede presentar determinados perfiles o tipos:

1. **Pasivo.** Es propio del tipo de relación más tradicional. Es un paciente que acepta las indicaciones del médico sin prácticamente pronunciar palabra, asiente y obedece. No comunica demasiado.

2. **Activo.** Es un paciente que se interesa por lo que le ocurre. Suele obtener información adicional a la que le proporciona el médico a través de otros canales como, por ejemplo, Internet, amigos, lecturas, etc. Acude al médico con preguntas concretas, dudas o planteamientos terapéuticos y se suele sentir implicado en el seguimiento de su salud, suele llevar una lista de preguntas.

En el acto médico tiene lugar un proceso psicológico y social, al igual que ocurre en otras esferas de la vida. La satisfacción de los pacientes con la visita médica está muy relacionada con el comportamiento del médico.

El profesional ha de ser consciente y comprender la fase anímica por la que está atravesando su paciente. También debería conocer sus circunstancias vitales para que el paciente pueda confiar y colaborar con el plan de seguimiento, y lograr de esta forma la máxima calidad de vida posible.

La clave del éxito como profesionales sanitarios está, una vez más, en que médico y paciente formen parte del mismo equipo.

Ficha de trabajo

Tipología de pacientes

1. **El paciente que se queja de manera exagerada**
   La magnitud de las quejas no se corresponde con la gravedad de la enfermedad.

2. **El paciente "valiente"**
   El paciente niega el malestar y el dolor.

3. **El paciente iracundo**
   El paciente agresivo, criticón y que constantemente amenaza con quejarse a los superiores.

Identifique la tipología de pacientes que tiene:

.....

.....

.....

.....

¿Cómo se comporta habitualmente con cada tipología?

¿Cómo le hacen sentir?

3.3. Comunicación verbal

Convertirse en médico requiere muchos años de estudios. Esta carrera no es para todos. Si bien hay muchas cualidades necesarias para tener éxito en el campo de la medicina, no hay una única característica que defina a un buen médico. Pero ser capaz de comunicarse de manera efectiva con el personal y los pacientes es una habilidad crucial para los médicos.

Tener éxito requiere muchas habilidades y atributos, como la dedicación, el trabajo duro y las habilidades de comunicación.

3.3.1. La comunicación

La satisfacción del paciente es probable cuando el médico descubre y tiene en cuenta los intereses y expectativas del paciente, cuando el médico muestra al paciente afecto e interés por él, cuando el médico proporciona voluntariamente al paciente la información y le explica las cosas en términos que pueda entender.

Los médicos deben ser capaces de comunicarse con los pacientes directamente, y dar buenas y malas noticias de una manera clara y concisa. Cuando la gente está enferma o perturbada, los médicos deben ser capaces de comunicarse sin dejar que sus emociones se interpongan en el camino, pero sobre todo empatizando con el paciente.

En el caso de la gravedad sintomatológica, esta es siempre una experiencia subjetiva que solo es posible evaluar mediante la comunicación, es decir, la única forma de saber cuán grave es lo que tiene una persona es observar su conducta y escuchar sus quejas, por lo tanto, **no debemos subestimar las quejas ya que estas son indicadores para el diagnóstico clínico.**

De forma similar, **los pacientes recordarán con más probabilidad la información médica cuando esta les sea presentada de una forma simple, específica y en categorías explícitas, y cuando haya sido repetida.**

3.3.2. ¿Cómo podemos lograrlo?

1. Reducción de la dificultad de los mensajes transmitidos a través de la simplificación y acortamiento de las frases. Por ejemplo, no es lo mismo que un médico le diga a un paciente con estudios primarios que

   "padece usted la marcha alérgica cuya etiología parece relacionada con..."

   que le diga esto otro:

   "presenta un empeoramiento de la alergia que le diagnosticaron y ahora voy a tratar de explicarle por qué..."

2. Presentación de la información ordenada y agrupada en categorías.

3. Formulación de las instrucciones en términos concretos y específicos, no en términos abstractos y generales.

Todo ello está estrechamente vinculado al aspecto persuasivo de la comunicación, ya que para que un mensaje sea persuasivo necesita ante todo ser fácil de comprender y de memorizar. De lo contrario, difícilmente podría ser persuasivo y recordado.

- ¿Cómo me comunico con mis pacientes?
- ¿Soy paternalista?
- ¿Utilizo un lenguaje demasiado técnico?
- ¿Soy empático?

Ficha de trabajo

¿Cómo me comunico con mis pacientes?

- ☐ Informo detalladamente sobre el diagnóstico y el tratamiento a seguir.
- ☐ Me limito a diagnosticar e informar del tratamiento.
- ☐ Me preocupo de saber que han comprendido el tratamiento.
- ☐ Utilizo un vocabulario médico.
- ☐ Solo les pregunto sobre sus síntomas para diagnosticar.
- ☐ .....
- ☐ .....
- ☐ .....
- ☐ .....

¿Qué tipo de lenguaje utilizo?

1. ¿Lenguaje técnico con palabras comprensibles solo para médicos? ☐ Sí ☐ No

2. ¿Lenguaje adaptado al paciente para facilitar su comprensión? ☐ Sí ☐ No

¿Cómo averiguo que el paciente comprende lo que le comunico?

☐ Le solicito que me diga lo que ha entendido.

☐ Le pregunto: ¿qué dudas tiene?

☐ Le consulto: ¿hay algo más que necesite saber?

¿Soy paternalista? ☐ Sí ☐ No

Indique algún ejemplo concreto:

.....

.....

.....

.....

¿Soy empático? ☐ Sí ☐ No

Indique algún ejemplo concreto:

.....

.....

.....

.....

.....

3.4. Comunicación no verbal

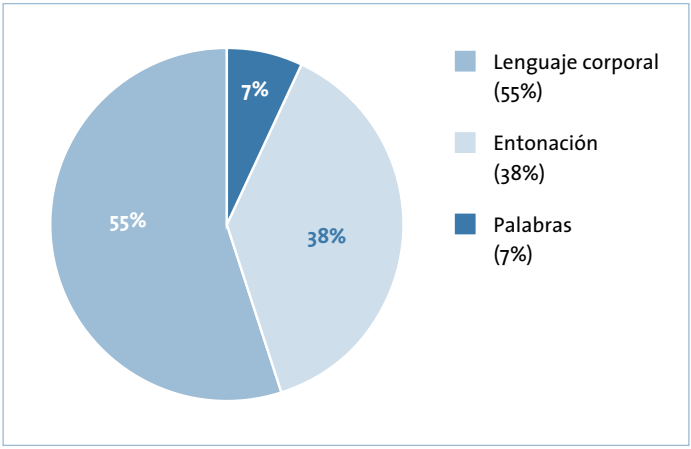
Actualmente existe una gran cantidad de información científica válida sobre el uso y el significado de la comunicación no verbal que puede aplicarse a las interacciones médicas.

Los silencios de algunas personas muchas veces hablan. La voz de los silencios viene dada por aquello que no se dice pero que sabe expresarse de otras formas, a través de la comunicación no verbal y el lenguaje del cuerpo.

La mayoría de las veces es esta comunicación no verbal la que prima a la hora de tomar un primer contacto con alguien, la que nos proporciona la primera impresión que es tan difícil de cambiar o difuminar después. ¡No existe una segunda oportunidad para la primera impresión!

Un gesto o una expresión pueden ser más sinceros que la palabra que lo acompaña.
¡Vale más una imagen que mil palabras!

Un estudio realizado por el antropólogo Albert Mehrabian lanzó un resultado sorprendente: tan solo el 7% de la comunicación entre dos personas se realiza mediante palabras. El 38% se comunica mediante la voz y todos sus componentes (volumen, entonación, etc.) y el 55% restante se lleva a cabo a través del lenguaje corporal (gestos, posturas, mirada, etc.)



A la hora de analizar este tipo de lenguaje corporal hay que tener en cuenta varios factores. Uno de ellos, y fundamental, es el hecho de que todos los gestos no tienen el mismo valor en las distintas culturas o en distintos lugares del mundo. Pongamos por ejemplo el gesto de realizar un círculo uniendo los dedos pulgar e índice: en los Estados Unidos significa *OK*, correcto; en Francia significa cero o nulo; y en Japón simboliza el dinero, una moneda. Según los principios y valores de cada cultura, nos podemos encontrar con pacientes que lloran mucho y son muy expresivos u otros que ni se les nota su padecimiento. Los médicos también pueden ser de distintos lugares, universidades o culturas entre sí y, por lo tanto, el trato proporcionado a sus pacientes también será diferente.

En este sentido, podemos afirmar que las muecas de un paciente, su sonrisa o sus expresiones de miedo, así como el contacto aliviador de una enfermera o la expresión facial de disgusto, son actos comunicativos que pueden ser incluso más importantes que la propia expresión verbal.

Vamos a dar unas pinceladas sobre los tres ámbitos en los que se divide y estudia nuestra comunicación no verbal.

3.4.1. Kinesia

Trata sobre la comunicación no verbal expresada a través de los distintos movimientos del cuerpo.

> *¿Se ha parado a pensar qué dice su cuerpo de usted?, ¿y qué dice el cuerpo del paciente?*

Veamos algunos ejemplos que podrían darse en nuestra consulta como médico o como paciente, así que hablaremos de interlocutor o personas.

La **posición del cuerpo** nos va a dar señales sobre la predisposición o no a la interactuación entre interlocutores; por ello se habla de posturas abiertas o cerradas. Una posición frente al interlocutor es abierta cuando hay un contacto y una disposición de entrega; es una posición avanzada, donde no se ponen barreras al intercambio. Por el contrario, encontramos como ejemplo de postura corporal cerrada, aquella en la que

uno de los interlocutores ofrece una posición desplazada o invertida y se cruza de brazos o de piernas, así impide la entrada o acercamiento del otro y ofrece una actitud de desinterés o desconfianza.

El apretón de **manos**, donde significará también sumisión o dominio el hecho de colocar la mano chocada por debajo o por encima de la del otro. Si la posición es vertical, indicará igualdad y respeto entre las dos personas.

- La mano cerrada en un puño es signo de agresividad, tensión contenida.

- El gesto de frotarse las manos comunica una expectativa positiva.

- Llevarse las manos a la cara en sus distintas actitudes (taparse la boca, morderse las uñas, frotarse el ojo, etc.) indica inseguridad y, en muchos casos, mentira y ocultamiento.

- Tocarse la barbilla es un gesto de duda, de reflexión. Indica que la persona está a punto de tomar una decisión.

- El cruce parcial de brazos (sujetarse un brazo con una mano) o el hecho de mantener unidas las manos, también son barreras sociales que indican falta de

seguridad y de confianza en uno mismo. También hay gestos de disimulo que sugieren un cruce parcial de brazos, como son tocarse el reloj de pulsera o el puño de la camisa del otro brazo, sostener un bolso entre los brazos o mantener cualquier objeto entre las manos; gestos que implican mantener los brazos en forma de barrera dando sensación de seguridad y ayudando a disimular el nerviosismo.

- Un cruce de piernas acompañado por el balanceo de uno de los pies, expresa una actitud de aburrimiento y nerviosismo por impaciencia.

- Las tres posiciones básicas de la **cabeza**. La primera es con la cabeza hacia arriba o "directa", e indica una actitud neutral con respecto al otro. La segunda es la cabeza inclinada hacia un lado, e indica interés por lo que se escucha del otro. Y la tercera es con la cabeza hacia abajo, que es una señal de negatividad y oposición.

- La expresión facial: diversas investigaciones han llegado a la conclusión de que son seis las expresiones faciales principales, las que demuestran emociones como alegría, tristeza, asco, enfado, temor y asombro; estas pueden ser reconocidas como universales. Otras, más específicas y dependientes de la persona que las realiza, emiten la intensidad de las emociones o señales sobre el estado de ánimo.

- La mirada: la mirada juega, por sí sola, un papel importantísimo en la comunicación no verbal.

> **"Quien no comprende una mirada, tampoco entenderá una larga explicación"**
> ***(Proverbio árabe).***

Solo cuando dos personas se miran directamente a los ojos existe una base real de comunicación, pero pueden existir miradas variantes dependiendo de la relación entre estas personas y el tipo de comunicación que se entabla entre ellas.

Para entablar una buena relación con otra persona se le debe mirar directamente a los ojos entre el 60% y el 70% del tiempo. Un porcentaje inferior implica evitar la mirada del otro y, por lo tanto, ciertas dosis de ocultamiento y deshonestidad.

La mirada social sería probablemente la más acertada en nuestra consulta, mirar el triángulo que abarca desde los ojos hasta la boca del paciente, creando una atmósfera agradable.

La mirada, el movimiento de los ojos, además de proporcionar una gran cantidad de información sobre el otro, refleja una amplia gama de expresiones y sentimientos humanos.

- ¿Se ha dado cuenta de cómo se sienta?,
  ¿y de cómo lo hacen sus pacientes?

- ¿Cómo valoraría su posición, abierta o cerrada?, ¿reconoce algún paciente en estas posiciones?
- ¿Qué hace con sus manos, brazos, piernas, mirada, etc.?, ¿están acorde con el médico que quiere ser?

3.4.2. Paralingüística

Estudia las variaciones no lingüísticas dentro del contexto de comunicación como son el tono, el volumen y el ritmo.

1. **El tono.** Es el mejor indicativo de las emociones en la comunicación. Una emotividad excesiva ahoga la voz y el tono puede variar, siendo diferente al habitual.
2. **El volumen.** Debe ser el apropiado al tipo de conversación que se está manteniendo y debe procurarse un equilibrio con el volumen adoptado por el interlocutor. Un volumen alto implica dominio, sobreposición en la conversación, esa voz quiere hacerse oír. Por el contrario, un volumen bajo se asocia a personas introvertidas, cuya voz no tiene intención de hacerse oír.
3. **El ritmo.** Se refiere a la fluidez verbal que tiene una persona. Puede ser lento o entrecortado, el cual implica una huida de la comunicación y un rechazo al contacto social. Un ritmo fluido, ligero, modulado y animado es condicionante de una buena comunicación y deseo de contacto interpersonal.

- ¿Qué tono, ritmo y volumen utiliza normalmente?
- ¿Qué está diciendo su comunicación paralingüística de usted?, ¿es lo que quiere mostrar?

3.4.3. Proxémica

Es el estudio del comportamiento no verbal relacionado con la utilización del espacio físico inmediato de la persona.

Todos tenemos un espacio de intimidad en torno a nosotros que si se ve vulnerado, la mayoría de las veces por desconocidos, nos produce incomodidad. Un claro ejemplo es el encuentro de personas dentro de un ascensor o cómo es nuestro comportamiento dentro de aglomeraciones, como puede ser en el metro de grandes ciudades, a horas punta, donde parecemos sardinas en lata.

A mayor grado de intimidad y confianza que se tenga con una persona, menor será el espacio físico que mantendremos con ella, y viceversa.

El espacio personal se extiende más hacia delante que hacia los lados, y es menor hacia la espalda. Entre enamorados se permite un espacio mínimo, y está comprobado que suele ser menor el espacio personal mantenido entre mujeres que el que se permite entre hombres.

- ¿Cómo me comunico con mis pacientes?
- ¿Cómo les hago sentir con mi comunicación no verbal?

El médico debería ser capaz de leer las señales emocionales del paciente en las expresiones faciales, los movimientos corporales, el tono de la voz, la mirada, etc., y debería igualmente aprender a usar estos mismos canales de comunicación no verbal para comunicarse con sus pacientes.

3.5. Comunicación no verbal de los pacientes

Si la comunicación verbal entre el médico y el paciente es con frecuencia incompleta y/o defectuosa, e incluso a veces totalmente inexistente, la comunicación no verbal cobra aún mucha más relevancia. Esta comunicación es importante principalmente a dos niveles: por una parte, la **sensibilidad** que tiene el propio paciente para captar las señales no verbales emitidas por las personas que le rodean, y por otra parte, la **expresividad** no verbal que manifiestan los pacientes y que tan útil puede y suele ser para el médico.

3.5.1. Sensibilidad

Ante todo debemos recordar que generalmente la enfermedad crea en el paciente un estado de fuerte ansiedad que se ve acompañado de incertidumbre, lo que lleva al paciente a buscar en el médico indicios que le indiquen cuál es la situación real de su malestar. Los pacientes creen obtener información en la que basar sus creencias de su enfermedad a través de indicios no verbales. Los pacientes observan las acciones no verbales de quienes les atienden y deciden si son apreciados, respetados o si se espera que mejoren o por contra notan que lo suyo tiene mala pinta.

3.5.2. Expresividad

Dado el gran número de emociones de diferentes clases que se suelen experimentar en una situación de enfermedad y que no son fáciles de sentir en el mismo grado en la vida cotidiana (miedo, dolor, ansiedad, inseguridad, incertidumbre, etc.), suele ser habitual que el paciente experimente un aumento considerable en su capacidad de expresividad por vía no verbal.

Las emociones reales se expresan generalmente por vía no verbal, máxime en el caso de las emociones asociadas a la enfermedad, ya que el paciente posee por lo general una falta de entrenamiento en cuanto al control u ocultamiento de estas emociones. Además, la manifestación no verbal de ta-

les emociones es más probable aún debido a las dificultades que los pacientes suelen tener para expresar verbalmente sus sentimientos relacionados con ciertos temas que les resultan embarazosos, y/o enfrentarse a situaciones suscitadas por la enfermedad.

Ficha de trabajo

Realice el esfuerzo de visualizarse como observador en su consulta con los pacientes.

¿Cuál es el lenguaje corporal que utiliza?

- ☐ Estoy mirando el historial o el ordenador mientras el paciente me habla.
- ☐ Mi cuerpo está hacia adelante cuando estoy sentado.
- ☐ Miro a los ojos a mi paciente cuando me habla.
- ☐ Mientras le explico al paciente el diagnóstico estoy escribiendo el historial.
- ☐ .....
- ☐ .....
- ☐ .....

¿Qué considera que expresa (comunica) a su paciente?

- ☐ Estoy mirando el historial o el ordenador mientras el paciente me habla. El paciente puede interpretar: “no le interesa lo que le digo”, “solo quiere acabar rápido conmigo”, “no me escucha”, “soy uno más”...

- ☐ Mi cuerpo está hacia adelante cuando estoy sentado. El paciente puede interpretar: “interés”, “preocupación”, “quiere comprender”...

- ☐ Miro a los ojos a mi paciente cuando me habla. El paciente puede interpretar: “se preocupa por mí”, “me está escuchando de verdad”, “me siento bien tratado, una persona”...

- ☐ Mientras le explico al paciente el diagnóstico estoy escribiendo el historial. El paciente puede interpretar: “quiere acabar”, “no le da importancia”...

Para realizar este ejercicio, de cada uno de los lenguajes corporales identificados en la pregunta anterior, piénsela como observador, es decir, como si usted fuera el paciente para conocer qué expresa, según su punto de vista; o bien, que otra persona lo represente.

3.6. Técnicas de autocontrol

Nuestras acciones son producto del estado interno en el cual nos encontramos, es decir, no podemos esperar reaccionar con prudencia y control si sentimos rabia, frustración, miedo, etc.

Dependiendo del estado interno en el que se encuentre podrá poner en práctica alguna de estas técnicas para controlarlo.

3.6.1. Respiración profunda

Esta técnica es muy fácil de aplicar y es útil para controlar las reacciones fisiológicas antes, durante y después de enfrentarse a las situaciones emocionalmente intensas.

- Inspire profundamente mientras cuenta mentalmente hasta 4.
- Mantenga la respiración mientras cuenta mentalmente hasta 4.
- Suelte el aire mientras cuenta mentalmente hasta 8.
- Repita el proceso anterior y procure mantener la espalda erguida.

De lo que se trata es de hacer las distintas fases de la respiración de forma lenta y un poco más intensa de lo normal, pero sin llegar a tener que forzarla en ningún momento. Para comprobar que hace la respiración correctamente, puede poner una mano en el pecho y otra en el abdomen. Estará haciendo correctamente la respiración cuando solo se le mueva la mano del abdomen al respirar (respiración abdominal).

3.6.2. Detención del pensamiento

Esta técnica puede utilizarse también antes, durante o después de la situación que nos causa problemas. Esta estrategia se centra en el control del pensamiento. Para ponerla en práctica debe seguir los siguientes pasos:

- Cuando se empiece a sentir incómodo, nervioso o alterado, préstele atención al tipo de pensamientos que está teniendo e identifique todos aquellos con connotaciones negativas (este paciente no me escucha, quiere saber más que yo, etc.).
- Diga para sí mismo **"¡Basta!"**
- Sustituya estos pensamientos por otros más positivos y que le ayuden a ver al paciente como incompetente en su manera de hablar, mirar o, de aquello que le esté molestando, tome distancia emocional y no lo vea como un ataque personal.

3.6.3. Relajación muscular

Esta técnica también sirve para aplicar antes, durante y después de la situación, pero para su empleo eficaz requiere entrenamiento previo. Para su práctica, siga los siguientes pasos:

- **Siéntese tranquilamente en una posición cómoda. Cierre los ojos.**

- **Relaje lentamente todos los músculos de su cuerpo, empezando con los dedos de los pies y relajando luego el resto del cuerpo hasta llegar a los músculos del cuello y la cabeza.**

- **Una vez que haya relajado todos los músculos de su cuerpo, imagínese en un lugar pacífico y relajante (por ejemplo, tumbado en una playa, en la cima de una montaña contemplando el paisaje, en un prado en primavera...). Cualquiera que sea el lugar que elija, imagínese totalmente relajado y despreocupado. Imagínese en ese lugar lo más claramente posible.**

Practique este ejercicio tan a menudo como le sea posible, al menos una vez al día durante unos 10 minutos en cada ocasión. Si le ha convencido la utilidad del ejercicio, recuerde que debe practicarlo para llegar a automatizar el proceso y conseguir relajarse en unos pocos segundos.

3.6.4. Ensayo mental

Esta técnica está pensada para emplearse antes de afrontar situaciones en las que no nos sentimos seguros:

- **Consiste en imaginarse que está en esta situación (por ejemplo, volveremos a ver a ese paciente iracundo) y que lo está haciendo bien, a la vez que se siente totalmente relajado y seguro.**

- **Debe practicar mentalmente lo que va a decir y hacer. Repita esto varias veces hasta que empiece a sentirse más relajado y seguro de sí mismo.**

3.7. Estrategias de resolución de conflictos

La institución australiana dedicada a la investigación y divulgación de técnicas de resolución de conflictos, *The Conflict Resolution Network* (CRN), considera que poseer conocimientos para la prevención de conflictos produce cambios en las personas y en la forma que estas tienen de actuar en su entorno. Las técnicas de resolución de conflictos permiten que las personas puedan enfrentarse a las situaciones de modo racional en lugar de recurrir a la agresión o rendición.

Las autoras Helena Cornelius y Stella Cornelius nos proporcionan 12 técnicas para la resolución de conflictos. Estas técnicas son muy útiles para trabajarlas en nuestras consultas. Es ne-

cesario entender que estas técnicas funcionan como una caja de herramientas y no como las tablas de la ley. Escogemos las que más se apliquen a nuestra situación y las implementamos de la mejor manera:

1. **Todos ganan.** Transforme a sus pacientes en asociados que cooperan en el tratamiento para mejorar su enfermedad. ¿Cuáles son mis necesidades reales? ¿Que los pacientes se administren mensualmente la vacuna? ¿Que anoten correctamente los datos en el calendario de síntomas-medicación? ¿Cuáles son las necesidades reales del paciente? ¿Deseo trabajar a favor de ambas partes?

   Por ejemplo, ante un paciente pasivo o que no se involucra, ¿cómo podemos conseguir involucrarlo?: *"Para que su alergia mejore necesito su cooperación... entre ambos podemos hacer que no se encuentre tan mal... Existen tratamientos con resultados positivos documentados científicamente, ¿desea conocerlos?"*

2. **Respuesta creativa.** Utilice actitudes positivas para abordar los conflictos. ¿Qué posibilidades puede abrir esta situación? ¿En lugar de centrarme en "lo que debería ser", soy capaz de ver posibilidades en "lo que es" en realidad? ¿Qué puedo hacer para cambiar la situación?

   Por ejemplo, cuando vemos al paciente cansado y siempre con el mismo discurso negativo ¿cómo podemos ayudarle

para cambiar su postura?: *"¿Cómo le gustaría celebrar que está cumpliendo con su tratamiento?"*

3. **Empatía.** Identifique los puntos de vista de sus pacientes e intente desarrollarlos valorándolos. **Recuerde la importancia de la empatía para una persona que no se encuentra bien y sufre por su diagnóstico.** ¿Cómo me sentiría si padeciera estos síntomas alérgicos? ¿Qué creo que está intentando decir? ¿Lo he escuchado realmente? ¿Sabe que le estoy escuchando? ¿Cómo puedo demostrarle que le escucho y le entiendo?

   Por ejemplo, cuando un paciente se siente muy mal, ¿cómo puedo demostrar mi empatía y ayudarle?: "Señor, escucho y entiendo *qué me quiere decir. Sé que es un malestar que entorpece gran parte de su vida, así que para mejorar su estado deberíamos..."*

4. **Firmeza, solo la justa.** Exponga sus necesidades sin culpar o atacar. Intente ser tolerante con sus pacientes y severo con el problema. ¿Qué es lo que deseo cambiar? ¿De qué modo puedo exponerles mi deseo sin atacarle o culparle? ¿Consigo con mi exposición explicar cuáles son mis sentimientos o, por el contrario, me limito a exponer lo que considero que está bien o mal?

   Por ejemplo, en el caso del paciente que no sigue su tratamiento, ¿cómo puedo conseguir transmitirle la impor-

tancia de seguir el tratamiento?: *"He sido paciente y comprensivo pero si no se toma en serio su salud tengo que informarle de que empeorará y los siguientes síntomas que empezará a notar son... ¿Qué es lo que quiere hacer?"*

5. **Poder de cooperación.** Defina las desigualdades de poder y analice sus efectos sobre el proceso de tomar decisiones de forma conjunta sobre todo para lograr un mejor bienestar para la salud del paciente. ¿Estoy haciendo un uso inapropiado de mi poder? ¿Lo están haciendo ellos? En lugar de enfrentarnos mutuamente busquemos la cooperación.

   Por ejemplo, ante un paciente pasivo que no se involucra, ¿cómo podemos conseguir que se involucre?: *"Señora, es necesaria su cooperación para mejorar realmente los síntomas alérgicos, ¿está usted dispuesta a cooperar?*

6. **Controlar las emociones.** Exprese sus emociones de forma apropiada y ayude a los demás a expresar las suyas. ¿Qué es lo que siento? ¿Les estoy culpando por mis sentimientos? ¿Mejorará la situación si les digo cómo me siento? ¿Qué deseo que cambie? ¿Qué puedo hacer para tener mis sentimientos bajo control? (técnicas comentadas).

   Por ejemplo, ante un paciente impulsivo que me está cuestionando todo lo que le informo ¿qué puedo hacer?: *"Perdone, en la próxima visita, cuando disponga de los resultados de las pruebas podré responder a sus preguntas"*

7. **Voluntad de resolver.** Analice las ventajas de la resolución para todos los implicados. ¿Deseo realmente resolver el conflicto? ¿Está causado mi resentimiento por algo que ha ocurrido en el pasado que no he logrado superar?, ¿o por algo que no he reconocido como una necesidad?, ¿o por algo que me desagrada en ellos porque no lo aceptaría en mí mismo?

   Por ejemplo, ante un paciente agresivo que me está faltando el respeto y no lo voy a consentir, decido que no quiero resolver el conflicto y podría decirle: *"señor, siempre está en mi voluntad resolver cualquier conflicto, en su caso me es imposible debido a su actitud"*

   Por ejemplo, con un paciente iracundo que está amenazándole, necesito resolver el conflicto para poder continuar, podría decirle: *"caballero, usted es libre de realizar las acciones que considere necesarias, mi labor es ayudarle con su enfermedad, ruego me permita realizarlo"*

8. **Esquema del conflicto.** Identifique todas las partes implicadas en el conflicto y señale sus necesidades y preocupaciones. ¿En qué consiste el problema, el tema o el conflicto? ¿Quiénes son las partes importantes?

   Por ejemplo, ante un malentendido con un paciente, ¿cómo podría resolverlo?: *"señor, vamos a separar sus preocupaciones de lo que es su sintomatología alérgica y vemos cómo puedo ayudarle..."*

9. **Diseño de alternativas.** Diseñe una amplia gama de opciones que no se hayan debatido o justificado hasta ese momento. ¿Cuáles son todas las posibilidades? No las juzgue todavía. Incluso lo que parece imposible puede inspirar ideas útiles. ¿Cuáles son las opciones que nos satisfacen más a las partes implicadas?

   Por ejemplo, ante un paciente cerrado: *"señor, existen otras posibilidades que usted no conoce y puedo explicarle, pero para ello le recomiendo que esté abierto a otros tratamientos..."*

   Por ejemplo, ante un paciente valiente: *"existen varias soluciones antes de llegar al tratamiento más agresivo, si me lo permite se las comento y evaluamos cuál sería la mejor en estos momentos"*

10. **Negociación.** Proponga ofertas justas, equitativas y con sentido común. ¿Qué es lo que deseo conseguir? Explique con claridad el resultado general que espera, aunque puede ser que cambie de opinión una vez que haya conseguido lo que pretendía.

    Por ejemplo, ante un paciente iracundo que se muestra enfadado constantemente: *"Dígame, por favor, por qué acude a mi consulta, porque yo le puedo asegurar que mi objetivo es dar con el tratamiento adecuado para que usted mejore en su calidad de vida"*

Por ejemplo, ante un paciente impulsivo: *"Comprendo que necesite respuestas rápidas, no obstante, es necesario realizar ciertas pruebas antes para elegir el tratamiento que mejor se adapte a usted, por ello le ruego tenga la paciencia necesaria"*

11. **Mediación.** Explique la trascendencia de la opción de que intervenga una tercera parte imparcial y objetiva.

    - **Como parte implicada.** ¿Podemos resolver este asunto entre nosotros o necesitamos que intervenga una tercera persona neutral?

    - **Como mediador.** ¿Es este un papel apropiado para mí? Si es así: ¿cómo voy a exponer y explicar mi papel a ambas partes? ¿Puedo favorecer el ambiente adecuado para que los implicados se abran, se entiendan entre sí y alcancen sus propias soluciones? ¿Qué puede ayudar a que esto suceda?

12. **Ampliar las perspectivas.** Analice las soluciones actuales en función de su influencia sobre el contexto amplio, más allá del tema concreto en cuestión. ¿Estoy teniendo en cuenta el panorama completo en lugar de únicamente mi punto de vista?, ¿qué efectos puede producir esto más allá de lo inmediato?

Por ejemplo: cuando nos encallamos: *"le sugiero que ampliemos nuestros puntos de vista para poder seguir avanzando en la búsqueda de su malestar, ¿qué le parece?"*

Por ejemplo: cuando los resultados no son concluyentes: *"con la información de que disponemos surgen nuevas posibilidades a analizar, para estar seguro del tratamiento adecuado ¿le parece bien que las analicemos?"*

"Aquellos que estamos de una manera u otra vinculados con los casos de responsabilidad profesional creo que coincidiremos en un aspecto: detrás de una reclamación casi siempre se encuentra un deterioro de la relación humana médico-paciente" M. Criado. Error médico: evitable e inevitable.
Med Clin (Barc). 2000; 115: 137-40.

3.8. ¿Qué puedo hacer para evitar estas situaciones?

Presentación y saludo

En el caso de la relación médico-paciente, la primera impresión que un paciente tenga sobre nosotros puede ser determinante. Por ejemplo, un estudio de la investigadora Nalini

Ambady, muestra que cuando las personas observan vídeos mudos de 30 segundos de interacciones reales entre médicos y pacientes, sus juicios sobre la amabilidad del doctor pueden predecir si este médico va a ser demandado.

Es importante considerar que el lenguaje no verbal determina qué piensan los demás de nosotros y que los pacientes tienen algunas ideas muy específicas acerca de cómo quieren que sus médicos les den la bienvenida cuando se encuentran por primera vez.

Los investigadores de la *Northwestern University Feinberg School of Medicine* entrevistaron a 415 adultos de Estados Unidos acerca de cómo preferían que sus médicos les dieran la bienvenida. **Los resultados de la encuesta mostraron que la mayoría de los pacientes quieren que sus médicos les den la mano, los saluden por su nombre y se presenten por su nombre y apellido cuando se encuentran por primera vez.**

- Al 78,1% le gustaría que su médico les diera la mano al saludarlos.
- Al 50,4% les gustaría que los saludaran por su nombre de pila.
- El 56,4% espera que sus médicos se presenten con nombres y apellidos.

3.9. ¿Qué puedo hacer para generar un buen clima?

Además de la presentación, las siguientes consideraciones en su lenguaje corporal podrán ayudarle a transmitir confianza y seguridad a sus pacientes en su primer encuentro:

- Mire a la persona a los ojos mientras estrecha su mano.
- Procure saludar con firmeza pero no con demasiada fuerza ya que esto es señal de dominación.
- Durante un apretón de manos tocar cualquier otra parte del cuerpo se considera demasiado íntimo a menos que tengas una relación establecida con la persona.
- Cuando mostramos nuestras manos al hablar, significa que estamos siendo honestos y decimos la verdad.
- Cuando hablamos utilizando nuestras manos y mostrando las palmas, influye en otros para decir la verdad también.
- Frotarse las manos indica que estás esperando algo positivo. Esto a menudo indica entusiasmo también, por lo que este tipo de gesto puede marcar la pauta en la sala de consulta.
- Colocar las manos detrás de la espalda también muestra un aire de confianza.

Evite realizar estas señales, que podrían tener una connotación negativa:

- Poner las manos en las caderas simboliza una postura dominante.
- Señalar con el dedo a alguien es un gesto molesto que también puede ser interpretado muy negativamente en función de la interacción y la disposición de las personas involucradas.
- Cuando alguien tiene los puños apretados se siente ansioso, negativo y está frenando sus emociones o una reacción negativa.
- Las personas desvían la mirada cuando están haciendo su mejor esfuerzo para ocultar su desdén.

3.10. Cómo actuar según el tipo de paciente

Como venimos diciendo, el autocontrol, la gestión de las emociones, el conocimiento de quien tengo delante, conocer qué tipo de paciente es y tratarlo con seguridad y mostrarle confianza nos ayudará a evitar o minimizar los conflictos.

1. El paciente que se queja de manera exagerada

- Atender a las quejas del paciente y demostrarle que le presta atención.

- Descubrir cuáles son las creencias del paciente con respecto a su enfermedad y, en caso de que sean inadecuadas, corregirlas a través de explicaciones bien fundamentadas.

- Intentar distraer la atención del paciente para que se concentre en otros aspectos que no sean el dolor (por ejemplo, pedirle al paciente que se concentre en su respiración, que cuente desde el 10 hasta el 0, preguntarle qué hará al salir de su consulta, cuál es la última película que ha visto en el cine...).

- No despreciar las quejas del paciente, burlarse, enfadarse.

- No dar la impresión de que no se está ocupando del motivo de consulta del paciente.

2. El paciente "valiente"

- Explicar claramente al enfermo las limitaciones y cuidados que debe tener y los riesgos que correrá si no cumple las indicaciones.

- Generar en el paciente un optimismo realista.

- Recompensar mediante frases amables, elogios, etc. las conductas de autocuidado y responsabilidad del paciente.

- Cuando detecta un incumplimiento terapéutico, buscar junto al paciente y sus familiares las razones del mismo y trabajar juntos para corregirlas.

- No conformarse con las expresiones del paciente y sus familiares acerca de que "está muy bien", sino indagar activamente sobre posibles malestares y estrategias del sujeto para combatirlos.

3. El paciente iracundo

- Escuchar con atención las quejas del enfermo, intentando descubrir en qué cosas puede tener razón.

- Tratar de comprender el punto de vista del enfermo, por muy irracional o injusto que nos pueda parecer. *Este es el punto de partida para poder lograr una comunicación eficaz.*

- Si se da cuenta de que rechaza al paciente y se siente incapaz de realizar los comportamientos anteriores, debe transferir el caso a otro profesional.

- No enfadarse y responder con agresividad.

- No tratar al enfermo como si fuera un loco que no sabe lo que hace o dice.

Ficha de trabajo

Realice un esfuerzo en visualizar las últimas visitas a su consulta.

¿Cómo da la bienvenida al paciente a su consulta?

- ☐ Le saluda y le pide que se siente.
- ☐ Se levanta de la silla, le mira a los ojos y le extiende la mano.
- ☐ Le saluda con su nombre mirándole a los ojos.
- ☐ Le dice: “Pase, siéntese por favor”.
- ☐ .....
- ☐ .....
- ☐ .....

¿Hace uso consciente del lenguaje corporal?

- ☐ Le extiende la mano para estrechársela.
- ☐ Le saluda sin mirarle a los ojos.
- ☐ Le da indicaciones al paciente mirando a otro lado.
- ☐ .....
- ☐ .....
- ☐ .....

Evalúe e identifique aquellos aspectos que quiere modificar para conseguir mostrarse tal y como desea, desde la parte de comunicación verbal a la no verbal.

4

Bibliografía/ Documentación

4. BIBLIOGRAFÍA/DOCUMENTACIÓN

- Las herramientas de la Ingeniería Genética http://www.juntadeandalucia.es/
- http://psicologia-online.com/autoayuda/iemocional/control_emocional.shtml.
- Alexander GC, Casalino LP, Meltzer DO. Patient-physician communication about out-of-pocket costs. *JAMA* 2003; 290: 953–8.
- Pham HH, Alexander GC, O'Malley AS. Physician consideration of patients' out-of-pocket costs in making common clinical decisions. *Arch Intern Med*. 2007; 167: 663–8.
- Auer A. El cristianismo en la profesión. Barcelona: Editorial Herder; 1970.
- Beauchamp, TL, Childress, F. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press; 2007.

- Lugo E. Bioética clínica. Buenos Aires (Argentina): Agape; 2011.
- Sgreccia E. Bioética y Medicina. En: Manual de bioética. Madrid: BAC 2009. p. 278-94.
- Spagnolo AG. La relazione medico-paziente nella sanità aziendalizzata. En: Etica e giustizia in sanità. Milano: Mc-Graw-Hill; 2000. p. 155-83.
- Sulmasy, D. Healers calling: A spirituality for physicians and other healthcare professionals. New York: Paulist Press; 1997.
- Zaner R. The way of phenomenology. New York: Pegasus; 1970.
- Günther R. El lenguaje corporal. Madrid: Edaf; 1995.
- Pease A. El lenguaje del cuerpo. Barcelona: Paidós; 1981.
- Navarro MD. Atención al paciente. Medical Economics 2009.

¿Cómo gestionar interacciones difíciles con pacientes?

5

Autores

Carme Castro Domínguez

Nacida en Barcelona en 1964.

Coach y socia de kainova. Experta en las interrelaciones personales en las organizaciones y en equipos de alto rendimiento. Apasionada por la innovación y mejora continua como actitud de vida. *Coach* por vocación, creo en el potencial del ser humano. Acompaño a personas, equipos y organizaciones a conseguir sus objetivos siendo la mejor versión de ellos mismos. Ingeniera Superior Informática por la Universidad Politécnica de Catalunya, Máster in *Business & Technology*, La Salle. Máster en *Coaching* y Liderazgo Personal por la Universidad de Barcelona.

Natàlia Mir Serra

Nacida en Barcelona en 1973, casada y con dos hijos.

Experta en desarrollo y crecimiento personal para la gestión de emociones positivas y el bienestar. Fundadora de emocionaT. Licenciada en Pedagogía Terapéutica por la Universidad de Barcelona. Posgrado y Máster en Educación Emocional y Posgrado y Máster en *Coaching* y Liderazgo Personal por la Universidad de Barcelona. Cursos y talleres de Programación Neurolingüística y eneagrama.

6

Notas

NOTAS

NOTAS

NOTAS

NOTAS

NOTAS