



Editorial

- La atención a la salud una negociación desde la interacción “nosotros” agentes-pacientes.



Contenido

- Propuesta de relación “psicóloga/o-persona” desde un enfoque crítico.
- La relación nutriólogo-paciente.
- Relación profesional de la salud-paciente.
- Relación enfermera-paciente.
- Comunicación efectiva enfermera-paciente.
- Importancia del profesional de laboratorio clínico en el sistema de salud.
- El laboratorio clínico en el paciente.
- Reflexiones sobre el rol del equipo de salud en educar a la población derechohabiente en el arte de “la paciencia” y “el ser paciente”, como tarea institucional para fortalecer la salud mental.
- Algunas consideraciones sobre la relación médico-paciente.
- La relación médico-paciente, una barrera que acecha en la actualidad: ¿Cómo poder mejorarla?
- *Ubicación de la U.I.S.E.S.S.*
- *Notas.*
- *Información para autores.*
- *Directorio I.M.S.S.*
- *Agradecimientos.*

Editorial

La atención a la salud una negociación desde la interacción “nosotros” agentes-pacientes

*Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha.
Investigadora U.I.S.E.S.S.*

Palabras clave: Relación paciente.

Actualmente, la atención institucional a la salud es compleja, pues requiere que el colectivo multidisciplinar incorpore diferentes formas de aproximarse al proceso salud-enfermedad-atención (SEA) y que desde luego incorpore al paciente como actor principal en forma dinámica y participativa.

Así, este número está dedicado a la relación entre el paciente y los diferentes miembros del equipo de salud, el cual se inserta en un marco multidisciplinario de acción. Esta relación no se reduce a sujetos individuales, que entre dentro de las preocupaciones y ocupaciones. Por lo tanto, lo ubicamos en los vínculos entre los miembros de otras disciplinas y del paciente con otros significativos.

Pensar en esta relación hoy implica un movimiento convergente y complementario; desde la interacción y comunicación entre los usuarios y los expertos del equipo de salud, cuyo eje fundamental no deriva sólo del mero registro y descripción empírica de los daños a la salud (enfermedad y muerte), ni tampoco de especulaciones teóricas.

Hoy como nunca la ruta de las instituciones de salud y su discurso, trata de constituirse en un lugar de síntesis, de respuestas más o menos novedosas entre la realidad y sus modos de comprensión. De encuentros entre disciplinas y el usuario con otros significativos. Es decir, entre diálogos diversos que han puesto en crisis las nociones de límite y frontera de la SEA, para pensar la complejidad y la multidimensionalidad, donde no retrata de la suma de saberes, sino de su articulación y su interpretación en la siempre he inacabada crítica a los procesos de abstracción y explicación.

Continúa pág. 2

Propuesta de relación “psicóloga/o-persona” desde un enfoque crítico

PL.P. María Fernanda Aguirre Morales

PL.P. Susana De la Rosa Hernández

Lic. Psicología

Universidad de Guadalajara

Recibido:	3/Ago/2015
Aprobado:	10/Ago/2015

Viene de la pág. 1

Los trabajos que aquí se presentan, confluyen en la preocupación del debate urgente en torno a la necesaria vinculación con temas de otras disciplinas y de la visión del usuario en la institución para la atención a la salud. Por ello abordamos esta interacción social concretizada en la comunicación de un encuentro cara a cara. Donde se realizan acciones verbales para transmitir informaciones, elaboración de interpretaciones y acuerdos para la participación en una situación común. Aquí es importante conocer los elementos que incluye la situación comunicativa¹:

- a) Las condicionantes, como el escenario que incluye las circunstancias espacio-temporales; los participantes y la identidad que representamos de acuerdo a la ocasión y la forma como llevamos a cabo el acuerdo para la producción de la conversación. Persiguiendo un objetivo y asumiendo las tareas para su cumplimiento.
- b) La producción del discurso; de acuerdo a una estructura lógica, formas de realización en un esquema comunicativo.

En este sentido, además de la investigación de la relación entre grupos de pacientes y los profesionales que los atienden se plantea el estudio del miedo como objeto de análisis sociológico en el ámbito de las reconfiguraciones de la significancia del miedo. Se establece cómo el proceso de individuación ha radicalizado ciertos temores dirigidos al “propio yo”. Así, las transformaciones institucionales y culturales impactan el modo como es posible vivir el envejecimiento, la enfermedad y la muerte.²

De esta manera, la interacción en la comunicación produce un discurso con la finalidad de llevar a cabo la reproducción de experiencias del proceso SEA, que debe desarrollarse en la reciprocidad de perspectivas, como una alternativa de explicación y comprensión, es desde lo habla para informar, seguir o no, indicaciones, narrar, argumentar.³

Referencias

1. Desde un enfoque sociolingüístico, para Sussure se trata del evento de habla, por el cual se ofrecen mensajes particulares, como intercambios simbólicos y comprender el lenguaje como una acción. Por ejemplo, el proceder que siguen los locutores para inaugurar, construir y terminar una conversación (Gumperz, John (1982), *Lenguaje and Social identity*, Cambridge University Press, London, pp122-130.
2. Olvera M. y Sabido O. Un marco de análisis sociológico de los miedos modernos: Vejez, enfermedad y muerte. *Sociológica*, año 22, número 64, mayo-agosto de 2007, pp. 119-149.
3. Ruiz R. Estrategias para promover un trato igualitario con los pacientes. *Atn Primaria* 2006; 38(3) 178-8.

Palabras clave: Relación, paciente, psicología.

La psicología como disciplina académica y práctica profesional tiene como foco principal de estudio y trabajo a las personas, considerándolas en toda su complejidad (sentimientos, pensamientos, conductas –tanto individuales como colectivas–), lo cual la distingue de muchas otras profesiones.

La infinidad de relaciones que una psicóloga/o lleva con quienes trabaja es diversa, ya que depende del campo en el que se aplique (laboral, educativo, clínico, social, entre otras), su contexto y los referentes teóricos que utiliza.

Las posturas más críticas que se han hecho hacia el desarrollo y aplicación de la psicología, nos han permitido observar que buena parte del trabajo que se ha realizado se ha centrado en el paradigma sujeto-objeto (Parker, I., 2009), que hace referencia a la relación causa-efecto, en la que la persona tendrá que modificarse desde un planteamiento realizado por el/la profesional, teniendo así un papel pasivo en dicho proceso, lo que ha llevado a que se tenga poca o nula consideración por la capacidad de decisión y autonomía de las personas.

Podemos citar ejemplos de ello en los diferentes campos de aplicación de la psicología. En el caso de la psicología laboral, se observa que los conocimientos de nuestra disciplina generalmente se aplican en la lógica de los “recursos humanos”, donde las personas se consideran una parte más del proceso de producción y como cualquier máquina (objeto) necesitan mantenimiento para poder seguir “sirviendo” a la empresa. Además de ello, la relación psicóloga/o-persona es marcadamente jerarquizada ya que la psicóloga/o evalúa la capacidad y determina la personalidad de los/las trabajadores/as en función de los resultados de pruebas estandarizadas que la mayor parte de las veces están descontextualizadas y tienden a patologizar conductas. Asimismo, la/el psicóloga se encarga de la aplicación de manuales de procedimiento focalizados en que los/las trabajadores sigan las reglas y sean más “eficaces”.

Por su parte, desde la psicología educativa se ha buscado fortalecer el proceso de enseñanza-aprendizaje (PEA), a partir de la creación de programas curriculares preestablecidos desde el enfoque profesional/experto, sin tomar en cuenta el contexto y las necesidades de las personas que van a participar en los programas, además de que no se suele buscar la retroalimentación, ni se estimula la iniciativa de estos. Desde este enfoque la relación consiste en que la/el psicóloga/o cree estímulos (causa) para lograr las respuestas (efecto) esperadas –mecanizadas– por parte del alumnado.

En el campo de psicología clínica también ha prevalecido la idea de que es la capacidad del/a profesional la que determina el funcionamiento de la psicoterapia para “eliminar” el malestar de la persona que acude a consulta, creando así un ambiente unidireccional, pues deja en segundo

plano la capacidad de la persona. Respecto a la *relación psicóloga/o-persona*, desde la enseñanza de esta práctica se insiste en que es necesario mantener una distancia afectiva para asegurar la “objetividad” necesaria para acompañar profesionalmente.

En todos estos ejemplos persiste la idea de no trascender nuestro trabajo más allá de la intervención individual, de no crear vínculos afectivos, ni politizar o problematizar la realidad social. Lo que se espera es que el/la profesional cumpla con su programa de intervención sin llegar a dar paso a que la relación sea bidireccional, es decir, que la intervención sea desarrollada a partir de la interacción y reflexión que surja del diálogo entre ambas partes.

Nos parece indispensable advertir que aunque los ejemplos de prácticas profesionales antes mencionadas forman parte de los modelos dominantes dentro de nuestra disciplina, existen enfoques y prácticas alternativas que sugieren relaciones distintas, enmarcadas en el paradigma *sujeto-sujeto* como ruptura al paradigma tradicional *sujeto-objeto*.

Esta ruptura de paradigma se puede sustentar a partir de los trabajos realizados por Strong y Claiborn (1982, citado en Gondra, J. M., 1985), donde se integran teorías de la psicología social, así como de la comunicación humana y la teoría general de los sistemas, generando una concepción bidireccional interactiva, donde la *influencia interpersonal* entre el/la profesional y la persona es mutua y ambos protagonistas se afectan en la interacción. Esta nueva concepción se basa en el concepto de *causalidad circular*, según el cual todos los actos de una persona en interacción son al mismo tiempo causa y efecto de los de su interlocutor, de modo que entre ambos se da una continua acción mutua y recíproca. Esta relación interpersonal propone vincular y dialogar las costumbres, ideologías, economías, géneros, etc. de ambas partes, logrando tener una visión de las personas en su complejidad individual y social.

Tras analizar experiencias de la práctica de nuestra disciplina que proponen la relación desde los paradigmas sujeto-objeto y sujeto-sujeto, consideramos que la relación profesional-persona debe de contar con tres principios esenciales en todos los campos de la psicología:

1. Integrar el principio de influencia interpersonal a nuestro quehacer, integrando el paradigma sujeto-sujeto para así horizontalizar la relación, aceptando sin prejuicios la sabiduría de la persona para llegar a una comprensión holística y más completa de ver la realidad (Fals-Borda, O., 1998). Asumir que en nuestra profesión la “neutralidad” u “objetividad” no existen, pues trabajar con personas implica necesariamente el encuentro de subjetividades.

2. Trabajar desde el paradigma de complejidad (Morin, E., 1990), reconociendo la multidimensionalidad de la realidad tanto de la persona como del/a profesional, misma que es cambiante. Esto significa reconocer todo aquello que influye en lo que la persona es y puede llegar a ser, como puede ser su condición económica, social y familiar, sexo, raza, cultura, preferencia sexual, etc., pues “debemos resistirnos a las tentaciones de la psicologización, la subjetivación y la individualización, que tan sólo sirven para desfigurar los problemas, trivializarlos y dificultar su resolución” (Pavón-Cuéllar, 2015).
3. Ser críticos hacia nuestro ejercicio de la profesión (Parker, I., 2009), reflexionando las motivaciones e intereses que se encuentran detrás de nuestro trabajo, los enfoques o métodos utilizados, nuestra ideología, así como nuestras propias actitudes. Metodologías como la Investigación Acción Participativa (IAP) de Fals Borda (1986), proponen el diálogo con las personas con las que se trabaja, así como la utilización de la ciencia para la emancipación de la sociedad.

Apostar a una práctica que contemple estos tres elementos permite que nuestro acompañamiento sea más efectivo. Además, al conseguir la horizontalidad en la relación se generan nuevas condiciones a través de las cuales las personas adquieren la capacidad para tomar decisiones y crear alternativas a sus situaciones prescindiendo paulatinamente de nuestro apoyo para lograr su autonomía.

Referencias

- Fals, B.O. (1998). (Comp). Participación popular: Retos del futuro. Parte III: Experiencias teóricas y prácticas. Bogotá: ICFCES, IEPRI, COLCIENCIAS.
- Fals, B. O. (1986). Conocimiento y poder popular: Lecciones con campesinos de Nicaragua, México y Colombia, Bogotá. México: Siglo XXI Editores.
- Gondra, J. M. (1985). Aplicaciones de la psicología social a la psicoterapia: el Modelo de la Influencia Social. En Morales J. F., Blanco, A. (Coord.) Psicología Social Aplicada. Bilbao, España.
- Parker, I. (2009). Psicología crítica: ¿Qué es y qué no es? [‘Critical psychology: What it is and what it is not’], Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria, 8, pp. 139-159. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello, ISSN: 1316-886X.
- Pavón-Cuéllar, D. (Mayo de 2015). Mi posicionamiento con respecto al papel de la psicología ante los retos de la sociedad contemporánea. Cátedra de Psicología “Julieta Heres Pulido” del Consorcio de Universidades Mexicanas (CUMEX), Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

La relación nutriólogo-paciente

García Martínez Julio César
Pasante Licenciatura de nutrición
Universidad Univer

Recibido:	3/Ago/2015
Aprobado:	7/Ago/2015

Palabras clave: Relación nutriólogo-paciente.

Nadie puede negar que el vínculo nutriólogo-paciente es una relación compleja entre dos seres humanos, en la que además de un proceso científico y a veces simple transacción mercantil, es sobre todo un acto profundamente ético y humanitario, cuya esencia es acompañar al paciente en su proceso salud-enfermedad, darle aliento y esperanza mediante acciones de prevención, promoción y tratamiento nutricional, por ello a largo de la evolución de las ciencias de la salud la relación del profesional de la salud-paciente ha sido piedra angular.

Esta relación representa una tarea ineludible, un requisito indispensable para el logro de la satisfacción del paciente durante el acto nutricional. Paciente satisfecho con el trato del nutriólogo, lo está también con el tratamiento nutricional y posiblemente tendrá mayor apego a éste. ⁽¹⁻²⁾

La adhesión del nutriólogo al modernismo, sumado a los avances tecnológicos y científicos, va desvaneciendo la relación entre profesional-paciente, al punto de ser espectros, hay falta de estudios en este tema sobre todo en lo que respecta al área de nutrición relacionados con la bioética. Lo cierto es que sólo unos cuantos hacen llamado a este hecho inmutable como un encuentro de existencias, de un menester con una disposición de ayuda. Siendo ideal una atención comprensiva, respetuosa de los valores, creencias y autonomía del paciente, dejando a un lado la relación materialista y consumista.

La relación nutriólogo paciente, es muy diferente a la que establece el médico con su paciente. De hecho, a la práctica acaba siendo más parecida a la de un psicólogo con su paciente. Es una relación ganar-ganar, pero hay que tomar en cuenta varias consideraciones.

El éxito del tratamiento dietético, requiere el que nutriólogo sea un buen motivador y un líder para su paciente, que le guíe en el proceso de apegarse a un régimen dietético. Para ello es necesario que el nutriólogo tenga algo de preparación en coaching nutricional o psicología.

La disputa por la autonomía y autoridad de parte de ambos y respecto a quién debe decir la última palabra en la toma de decisiones, da como

resultado un mayor desencuentro entre el nutriólogo y su paciente, obstaculizando la tendencia secular de los nutriólogos a la beneficencia, por lo cual no ha podido desprenderse del paternalismo. ⁽¹⁻³⁾

No se trata de que la nutrición se desprenda de los aspectos científicos y tecnológicos, sino de nunca perder de vista que trabajamos y servimos para la humanidad, teniendo en cuenta que ambas partes son importantes en la interacción y toma de decisiones. ^(4,5)

Conclusiones

El Licenciado en Nutrición, tiene que proporcionar un diálogo bueno con sus pacientes, para así llegar a la relación nutriólogo-paciente, ya que es un profesionista capaz de evaluar el estado nutricional de la población a nivel colectivo e individual, administrar programas de alimentación, nutrición y educación, realizar investigación en estas áreas e integrarse a equipos multidisciplinarios para incidir significativamente en la situación alimentaria nutricional, mediante acciones de prevención, promoción y atención.

Referencias

1. Rodríguez H. La relación médico-paciente. La Habana; Rev. Cubana Salud Pública, 2006.
2. Rodríguez M. La relación médico-paciente. Ed. Ciencias Médicas. La Habana, 2008; 7:1,6-7,38-40.
3. Motilla M, Sánchez-Oro R, Curiel O, Rodríguez B, López Gil, López, F. ¿Qué cualidades valoran más los pacientes de su médico de familia? Revista Clínica de Medicina de Familia, 2009; 6(2): 263-68.
4. López J, García Ligia, Benítez A, Ortiz M, Álvarez M, Iturbide I, García A, Corona A, Castillo A, Barquín C, Libián Y, Palacios M, Boullosa C. Licenciatura en Nutrición Currículum 2003. UAEM Facultad de Medicina. 2007: 15-32.
5. Tello A. El nutriólogo y su campo laboral. Guadalajara. Gaceta Universitaria. 2001: 11.



Ubicación de la U.I.S.E.S.S.

Belisario Domínguez No.1000, Bajo la Farmacia Central del del Centro Médico Nacional de Occidente.
Colonia Independencia. Guadalajara, Jalisco, México. CP. 44340 Teléfono y fax 36 68 30 00 Ext. 31818.

Relación profesional de la salud-paciente

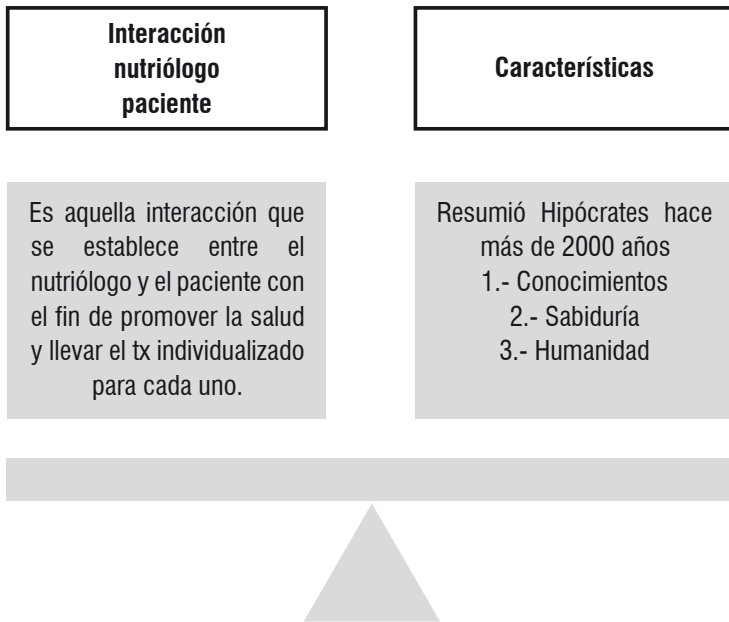
Seudy Nereyda Girón Velasco
Lic. Nutrición
Universidad Univer Plantel Zamora

Recibido:	3/Ago/2015
Aprobado:	10/Ago/2015

Palabras clave: Relación, profesional-paciente, nutriólogo.

La relación profesional-paciente es un proceso interpersonal, intersubjetivo y que enfrenta en una relación dinámica, paciente que se le reconoce por lo menos socialmente como tal y profesional a quien también se le reconoce como tal. Las relaciones interpersonales pueden ser de distintos tipos, algunas de carácter superficial y otras de mayor complejidad, como la que tiene entre el nutriólogo-paciente el cual el nutriólogo en su condición de profesional debe estar dispuesto a brindar su ayuda de forma humanitaria y sensible. ⁽¹⁾

La caracterización de la relación nutriólogo-paciente depende de diversos modelos de comunicación, tipos de relación, según el grado de participación (niveles) y grado de relación interpersonal (fases), vinculados a diferentes grados de respeto a los valores del paciente, al enfoque con que el nutriólogo atiende la enfermedad y los objetivos de la interacción. ⁽⁴⁾



Algo importante que ayudará en la práctica de interacción serán tres puntos claves:

- Saber ponerse en el lugar del otro.
- Sentir como él o ella.
- Disponerse a ayudar cuando enfrenta dificultades. ⁽¹⁾

En la actualidad, existen varios problemas hacia todos los derechohabientes de la salud, ya que el personal de salud a veces suele ser prepotente, grosero y discriminativos.

Una encuesta realizada entre abogados que defienden médicos, mostró que el 70% de los juicios por mala praxis fueron aparentemente precipitados por una pobre comunicación del médico o por actitudes negativas del mismo hacia el paciente. ⁽²⁾

Se ha demostrado que los estilos de comunicación del médico afectan la calidad y cantidad de información que obtienen del paciente, así como también el grado de cumplimiento de las indicaciones médicas por parte de éste. Los pacientes expresan más insatisfacción con la comunicación que con cualquier otro aspecto de la atención de la salud. ⁽³⁾

De qué se quejan los pacientes

"No me preguntó mi opinión", "no me explicó hábitos saludables", "no me explicó efectos adversos", "no me revisó", "me hizo esperar demasiado", "no alentó preguntas", "estaba siempre apurado" y "no le preocupaban mis emociones" ⁽²⁾

Conclusión

De acuerdo con lo expuesto, todo el profesional de salud estamos obligados a mantener una interacción con el paciente de manera respetuosa, horizontal, sinérgica, incluyente y objetiva, así como a ser humildes al momento de la consulta, para hacer que los pacientes se sientan en confianza y así llegar al objetivo del motivo de consulta. En la entrevista nutriólogo-paciente, primero que nada debe haber respeto de las dos partes, así como establecer empatía, siempre y cuando ambos lados no se desvíen del tema, esto ayudará para que el paciente se sienta cómodo y en confianza. También es importante usar un lenguaje que el paciente entienda didáctico y accesible para el paciente (no términos médicos), voz suave, audible, serena y segura.

Referencias

1. González Méndez R. La psicología en el campo de la salud y la enfermedad. La Habana; Editorial Científico Técnico; 30 de junio del 2006.
2. Alaszewski, A (2003) How can doctors communicate information about risk more effectively BMJ Sep. 2003; 327 Ed.
3. Ruiz MR, Rodríguez JJS, Evolución de perfil de comunicación de los médicos residentes de medicina familiar. Aten primaria 2007; 29(3):132-134.
4. López J, García Ligia, Benítez A, Ortiz M, Álvarez M, Iturbide I, García A, Corona A, Castillo A, Barquín C, Libién Y, Palacios M, Boullosa C. Licenciatura en Nutrición Currículum 2003. UAEM Facultad de Medicina. 2007: 15-32.

Relación enfermera-paciente

*Vela Montalvo Lizza Giovany
Pasante Licenciatura en Enfermería
Universidad de Guadalajara*

Palabras clave: Relación enfermera-paciente.

La comunicación es ante todo un proceso fundamental en toda relación social, es el mecanismo que regula y hace posible la interacción entre las personas. En lo que respecta al área de salud, se han encontrado estudios en donde se demuestra que la comunicación en el hospital es deficiente, siendo el personal de enfermería el receptor de la confianza, dudas y preguntas sobre la información que el paciente recibe en su proceso.

Derivado de esto, la Organización Mundial de la Salud en el año 2004, identificó a la comunicación como un área de riesgo dentro del hospital, determinando seis acciones básicas denominadas metas internacionales para la seguridad del paciente, siendo la segunda mejorar la comunicación efectiva, determinándola en todo proceso de hospitalización y promoviendo mejoras específicas en cuanto a la seguridad del paciente.¹ Desarrollar una buena relación enfermera paciente, desde que ingresa al hospital, nos permite elaborar una valoración más exhaustiva del estado de salud del paciente, identificando a primera vista las necesidades que se encuentran alteradas en ese momento, por lo que el proceso de comunicar es la base y el eje de los cuidados de enfermería. Sin este proceso no se podrían planificar los cuidados.

La interacción enfermera paciente ocupa un lugar prioritario en el ejercicio de la práctica profesional de las enfermeras, ya que es el eje articulador de los cuidados, tanto asistenciales como tecnológicos dirigidos a la oferta del cuidado de enfermería de calidad. Stowsky señala que la enfermera emplea el lenguaje verbal técnico, establece contactos físicos breves y no planificados basados en el cuidado físico, considerando las emociones o reacciones de los pacientes.²

En el ambiente de salud es frecuente observar que todo el personal tiene un ritmo de trabajo acelerado, sin embargo la comunicación no debe ser escasa, sino constante y debe existir relación de compañerismo que permita a los miembros del equipo de salud realizar sus actividades de manera que el paciente reciba de ellos la atención con calidad.

Si bien estos cambios en la población repercuten en la sociedad mexicana, el acceso a los servicios de salud se vuelven más demandantes y el personal de enfermería por estar el mayor tiempo con el paciente tiene una mayor responsabilidad, ya que es común que los pacientes acudan con ellos para cualquier duda, sin embargo, por la carga de trabajo, falta de tiempo o por omisión no se realiza esta labor fundamental.

En muchas ocasiones la actitud del profesional de enfermería se ha caracterizado por no dar ninguna información al paciente sobre el procedimiento que se le realiza y le ha restado importancia a su situación de enfermedad con el propósito de evitarle sufrimiento, pero dejando al enfermo sin poder decidir, por desconocimiento de la realidad sobre temas que atañen su salud.

Este modelo maternalista de enfermería, hace que los pacientes y familia acudan a ellos ante cualquier aspecto de la enfermedad. Por tanto, resulta básico conocer cuál es la importancia de la comunicación para el personal de enfermería, no sólo por el resultado que se genera de sus cuidados, sino también por la habilidad que desarrollan al estar en contacto con el paciente por más de ocho horas, en cada uno de los turnos en los que trabaja. La comunicación es importante ya que sin ella los seres humanos no podrían mantener una relación.³

En muchas ocasiones la comunicación en el hospital es diferente, siendo el personal de enfermería el receptor de la confianza, dudas y preguntas sobre la información que el paciente recibe sobre su proceso, si bien el estado emocional del paciente es distinto al momento de su ingreso al hospital y cuando la enfermera intercambia experiencias con los pacientes, se propicia un ambiente de confianza y estabiliza su estado emocional en un ambiente tranquilo, coopera con el tratamiento farmacológico y su estadía en el hospital será más agradable, contrario a lo que percibía antes de establecer comunicación con enfermería.

Cada paciente tiene una forma diferente de interpretar los mensajes; sin embargo, se debe establecer una relación de ayuda para que el mensaje sea entendido en su totalidad. Siendo la comunicación una necesidad del paciente y de la familia, al mismo tiempo permite al paciente conocer su estado de salud y estar actualizado respecto a su enfermedad.

Hidegard Peplau opinaba que las intervenciones de enfermería son procesos interpersonales terapéuticos y significativos para la persona. Cuidados personalizados con especial hincapié en la relación enfermera paciente, para fortalecer esta relación es necesario que la enfermera desarrolle las habilidades específicas relacionadas con la patología de los pacientes; así mismo, con ello se mantendrá actualizada, obtendrá conocimientos y actitudes que contribuirán al desarrollo óptimo de una buena relación con el paciente.

Para conseguir una buena relación es necesario que la enfermera involucre su propia experiencia, para ayudar a transformarse en una persona genuina dentro de la interacción y pueda ser percibida por el paciente como un profesional totalmente involucrado, evitando quejas y expresiones como "ni siquiera me puso atención" o "se mostraba indiferente a lo que le transmitía". Así mismo la comunicación con el paciente propiciaría a una relación de ayuda con cuidados holísticos a cada uno de los pacientes.

En la actualidad, los servicios de salud tienen más demanda debido a la aplicación de la seguridad social, los pacientes demandan y exigen cada vez mayor información, ya que el nivel cultural de la población ha aumentado y conocen la existencia de los derechos y si no los conocen es deber del profesional de enfermería informarles, esta nueva generación de pacientes se encuentra más informados y por ende solicitan mayor atención e información, tal como se establece en la carta de las y los pacientes en México.

Comunicación efectiva enfermera- paciente

Sandra Selene Murillo Guzmán
Lic. en enfermería
Universidad de Guadalajara

Recibido:	3/Ago/2015
Aprobado:	4/Ago/2015

Palabras clave: Relación enfermera-paciente, comunicación.

“Lo más importante de la comunicación es escuchar lo que no se dice...”

Peter Drucker

La «relación enfermera-paciente» se define un conjunto complejo de pautas, actitudes y comportamientos socialmente establecidos que se dan como supuestos de los encuentros clínicos. ⁽¹⁾

Todo individuo sometido a una hospitalización, confronta reacciones emocionales que demandan una estrecha relación con alguien en quien confiar sus problemas y preocupaciones.

De aquí la importancia de la participación de una enfermera hábil en la interacción con el paciente, para que establezca relaciones interpersonales saludables llenas de afecto, confianza y seguridad, con el fin de favorecer la adaptación del paciente a su situación.

La enfermera requiere de competitividad profesional, múltiples habilidades y relación armónica enfermera-paciente; por tanto, es muy importante que tome en cuenta que a diario transmite un impacto personal mediante su comunicación.

Todas las personas cuentan con los mismos elementos en este proceso (cuerpos, valores, expectativas del momento, órganos de los sentidos, capacidad para hablar -palabras y voz- y cerebro, éste último por el conocimiento que ha quedado registrado en los dos hemisferios cerebrales). ⁽³⁾

La comunicación es un proceso delicado y complicado mediante el cual nos podemos entender para vivir con los demás, así como solucionar conflictos con los semejantes y con uno mismo.

En el caso de la comunicación interpersonal, esto significa conectarse con otra persona en un nivel emocional y no sólo en un nivel intelectual.

Los pacientes reconocen que cuando no se produce una comunicación cercana sienten malestar y aumenta su vulnerabilidad, lo cual puede considerarse motivo suficiente de abandono y ruptura con el profesional concreto o en algunos casos con el sistema sanitario.

Existen varias acepciones sobre la comunicación (figura 1).

El personal de enfermería debe propiciar el cumplimiento de este derecho y difundirlo entre los pacientes, tal como se instituye en el Código de Ética para los y las Enfermeras de México en su capítulo 2, “De los deberes de las enfermeras para con los pacientes”, en sus artículos segundo, tercero y sexto, donde se establece: Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho de la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado; mantener una relación estrictamente profesional con la persona en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias. Además de comunicar a la persona los riesgos cuando existan y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala atención o daño a terceros.⁴

Para fortalecer la comunicación y tener un impacto de la relación enfermera paciente es necesario que ésta se realice de manera constante.

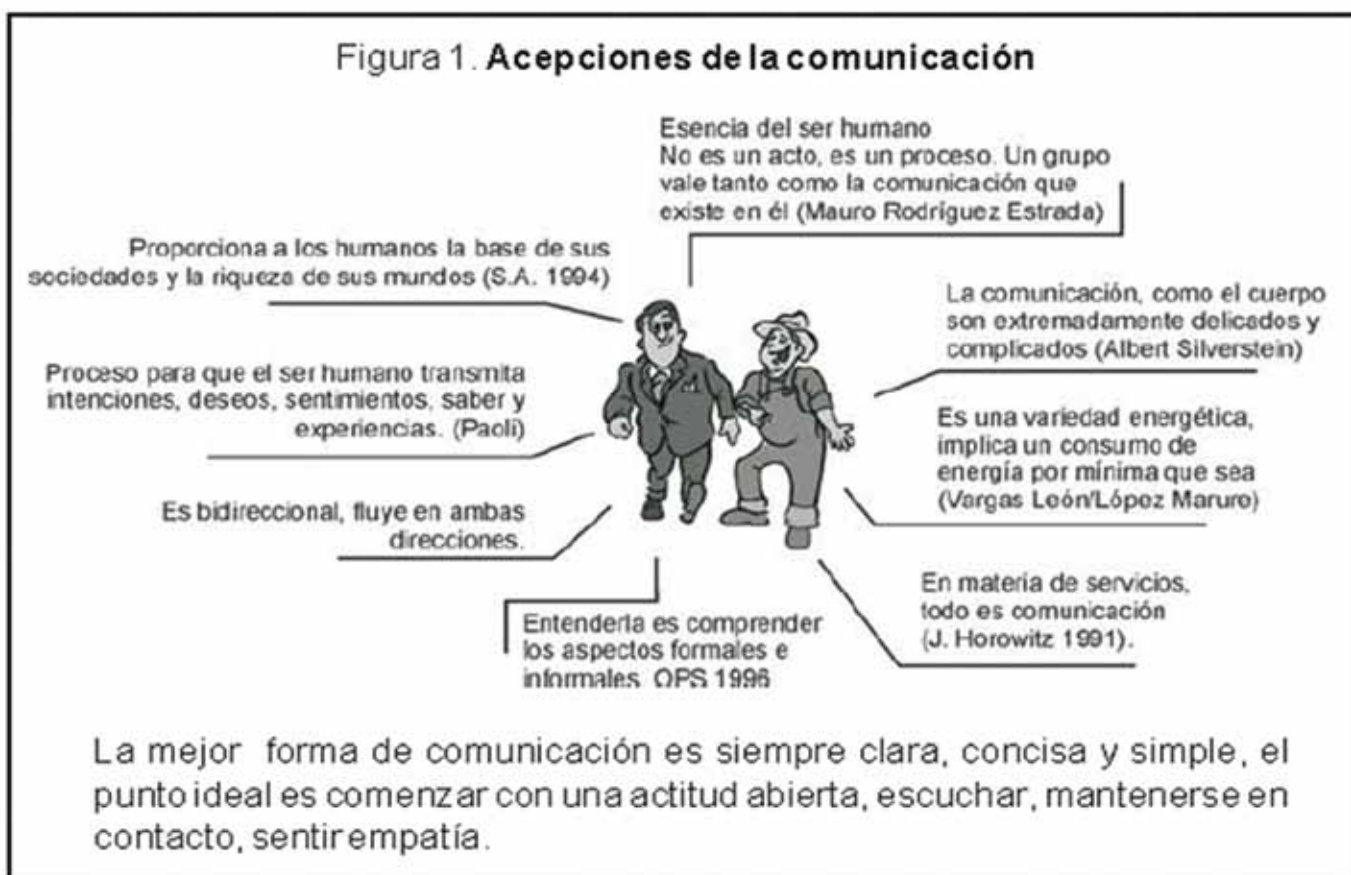
Conforme pasan los años, el personal de enfermería va adquiriendo experiencias que le ayudan a realizar su labor de una forma más completa, especialmente la comunicación, ya que en la mayor parte de los planes de estudio no incluyen la asignatura o bien, no están en los contenidos de los programas, esto significa que en la formación hay un vacío en lo que respecta al proceso de comunicación, el cual no nos permite interaccionar y comunicarnos fácilmente con el paciente.

Peplau decía que su preocupación en lo que concierne a un enfermero no era pensar en el paciente, sino contribuir con el desarrollo gradual de cada enfermero orientándolo hacia la formación de una madurez que le permita “cuidar” al paciente. Para cumplir con esta premisa se requiere que los profesionales de enfermería estén preparados en esta relación enfermera-paciente. Con ello mejorará la calidad y la atención será más holística, humanizada y personalizada. En suma, la comunicación con el paciente es la base de todos los cuidados de enfermería.⁵

Referencias

- 1 Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Prestaciones Médicas. Unidad de Atención Médica. Guía para la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente de la Cédula de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. http://edumed.imss.gob.mx/pediatria/residentes/guia_metas_internacionales.pdf
2. Bengoechea MB. Estudios sobre la comunicación Enfermera Paciente en cuidados intensivos. *Enfermería Clínica* 2011; 11 (6): 226-274.
3. Fricho LMH. Nursing Interventions for patients with chronic conditions. *J Adv Nurs*. 2003; (2):137-153.
4. Código de Etica para las Enfermeras y los Enfermeros de México, 2001. Disponible en <http://www.ssa.gob.mx/codigo/enfermeria.mexico.pdf>
5. Gonzalez OY. La enfermera experta y las relaciones interpersonales. *Rev Aquichan*. Universidad de la Sabana Chia, Colombia. Octubre 2007; 7 (7): 129-138

Figura 1. Acepciones de la comunicación



Para comprender mejor a los pacientes, la enfermera tiene que dar más atención a lo que hace que no lo que dice; son tan importantes las conductas que parecen ser inconscientes como aquellas que dependen del pensamiento reflexivo.

Las primeras, muestran más las verdaderas motivaciones profundas de las actitudes de las personas, por tanto para una comunicación efectiva es necesario tratar de comprender más este tipo de lenguaje, que el verbal.

Lo que se comunica es fundamental para el éxito de la relación interpersonal. No importa lo que se diga (no va a significar mucho para la mente de la persona que escucha), a menos que una persona sea confiable y digna de ser creída. No puede haber acción donde no hay credibilidad ni acuerdo. ⁽⁴⁾

La confianza se ve como el núcleo central de la relación profesional-paciente. Esta variable consiste en algo que va más allá de la competencia técnica del profesional y se relaciona con la capacidad que manifiesta el profesional para crear un escenario de comprensión y aceptación.

El término confianza suele enmascarar el deseo de contar con la docilidad del paciente y el de respeto suele remitir al deseo de mantener la distancia social.

La capacidad de comunicar información relacionada con la salud y motivar el deseo y la posibilidad de participar en la toma de decisiones, deben considerarse herramientas clínicas básicas.

Los profesionales necesitan conocer mejor a sus pacientes y desarrollar capacidades para consensuar, ayudarles en la toma de decisiones y respetarlas.

Escuchar, empatizar, explorar, entender y explicar, en definitiva, recuperar el valor de la palabra, es el conocimiento sobre el que se asentaría una relación profesional-paciente más efectiva.

Los pacientes valoran de forma positiva los siguientes aspectos en la relación con el profesional de salud: Que muestre motivación, interés por el paciente, calidad humana, trabajo en equipo, que conozca y tome en cuenta el contexto personal y familiar, que realice un seguimiento del tratamiento, que sea empático (que muestre compenetración en la consulta), que inspire confianza, que establezca una relación y un trato personal, que pida la opinión, que mire, que escuche (primero que te escuche y luego que te acierte), que sea eficiente sobre los problemas de salud, que no retenga en exceso antes de derivar al especialista, que explore, que informe, que mantenga una continuidad en el seguimiento de los problemas, que sea accesible, que tenga conocimientos. ⁽¹⁾

Valoran de forma negativa que no mire, que ante un problema informe poco y derive al especialista, que muestre prisa o consulte con rapidez.

En la relación enfermera-paciente, la enfermera debe agudizar sus sentidos, desarrollar su capacidad de escuchar, de observar la comunicación no verbal y el lenguaje emocional del paciente.

Conclusiones

La relación paciente-enfermera, sobre todo en el primer nivel de atención, es de suma importancia y muy relevante en el mantenimiento de la salud de los pacientes.

Un paciente que se siente comprendido, escuchado y motivado por el personal de salud que lo atiende, responde mejor al tratamiento y es más probable que siga las indicaciones si se entabla empatía con él, que si se le trata de mala gana y no se le brinda el tiempo suficiente para atenderlo.

Si bien es cierto que en nuestro sistema de salud actual es muy difícil, por la sobrecarga de consultas y pacientes al día, brindar el tiempo adecuado para escuchar y atender de manera holística a nuestros pacientes, no es tarea imposible, mostrar interés en el paciente y entablar una comunicación efectiva, lo que resultaría conveniente para ambas partes.

Las enfermeras tenemos más contacto con el paciente y la mayoría de las veces generamos más empatía con ellos, lo cual nos ayuda a conocer mejor al paciente y generar estrategias que beneficien su salud.

La enfermera debe desarrollar empatía y confianza en un ambiente de respeto por la dignidad del paciente como persona, demostrando la capacidad de sentir con éste, de ponerse en su lugar, establecer tiempo y espacio para que se sienta comprendido y pueda lograr por sí mismo su bienestar.

La relación interpersonal debe ser incluida como parte del contenido del programa oficial de la carrera de enfermería para que el estudiante, en su formación, reciba las herramientas básicas del arte de la empatía y de la comunicación, además de reflexionar acerca del conocimiento de sí mismo como enfermero y como persona.

Así, el futuro enfermero(a), podrá desarrollar progresivamente estos conocimientos a través del campo clínico con el fin de mejorar el cuidado de interacción que se ofrece en las distintas instituciones de salud, de tal forma que tanto el paciente como ella se sientan más cómodos y seguros.

Referencias

1. Manuel Girón, B. Beviá, E Medina. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de alicante: Un estudio con grupos focales. Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 561-575.
2. E. Bolaños y A. Sarría-Santamera. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. Aten Primaria 2003;32(4):195-202.
3. E. López, R Vargas. La comunicación interpersonal en la relación enfermera paciente. Rev Enferm. I.M.S.S. 2002; 10 (2): 93-102.
4. Escudero B. Humanismo y tecnología en los cuidados de enfermería desde la perspectiva docente. Enfermería Clínica 2003; 13 (3): 164-170.
5. Carrada Bravo T. Reingeniería en Sistemas de Salud. Rev Med IMSS 2002;40 (2): 133.

¿Tienes algún comentario, sugerencia o te gustaría participar con nosotros?



Boletín U.I.S.E.S.S. es una publicación de la Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud.

Puedes escribirnos a los siguientes correos electrónicos:
Dr. Javier E. García de Alba García (Jefe de la U.I.S.E.S.S.)
javier.garciaal@imss.gob.mx
Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha (Investigadora U.I.S.E.S.S.)
analeticia.salcedo@imss.gob.mx

Boletín U.I.S.E.S.S. está incluido en los índices:

- IMBIOMED
- DIALNET
- LATINDEX
- BENSON COLLECTION OF UNIVERSITY OF TEXAS LIBRARIES YAKULT

Visita nuestra página web:
www.uisess.org

ISSN y Certificados en trámite

Importancia del profesional de laboratorio clínico en el sistema de salud

Denisse Guzmán Alemán

Lic. en Química

Universidad de Guadalajara

Becario U.I.S.E.S.S.

Recibido:	7/Ago/2015
Aprobado:	10/Ago/2015

Palabras clave: Profesional, laboratorio clínico, sistema de salud.

“El placer es la química que nos permite decir: Me siento bien. Es encontrar soluciones a los desafíos”.

Estanislao Bachrach

Los laboratorios clínicos representan un área del sector salud y siempre están en cambio continuo debido a los avances en la tecnología, los nuevos tratamientos y la economía externa. ⁽³⁾

Los sistemas de salud y sus políticas también han sufrido cambios importantes, posiblemente debido a las mismas causas: Economía externa y globalización. Por esto, el laboratorio clínico desempeña un papel indispensable para poder consolidar esos cambios tecnológicos con el manejo del paciente y asegurar que las pruebas de laboratorio clínico realmente proporcionen un valor al diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente. ⁽³⁾

El profesional del laboratorio clínico debe combinar sus conocimientos en el área de diagnóstico con su experiencia analítica, para aconsejar a sus colegas clínicos acerca de las propiedades de los exámenes, como seleccionar el examen idóneo y como dar una interpretación adecuada de los resultados. Es por ello que un aspecto importante es la participación activa de estos profesionales en la atención al paciente desde la toma y recepción de la muestra hasta el reporte de resultados. ⁽³⁾

Es evidente que los análisis clínicos son indispensables para el médico, pues le proporcionan la información necesaria para la resolución de un problema diagnóstico, así como los elementos de juicio para cuantificar la importancia de los fenómenos y sobre todo, para formular con fundamento objetivo, un pronóstico. También le otorgan una orientación segura para comprobar el uso de la terapéutica en todas sus intervenciones de seguimiento y le permiten tener elementos para realizar una evaluación del estado de salud en toda la población. Todo esto conduce a que el laboratorio clínico ocupe cada vez un puesto clave en el proceso asistencial. ⁽²⁾

La repercusión de este complejo proceso en la actividad asistencial del químico clínico en las instituciones de salud permite identificar dos modelos ⁽²⁾:

- **Sociedad industrial.** Los análisis clínicos se han ejercido principalmente como una disciplina cerrada, centrada en la técnica, el análisis y la calidad del dato analítico que tiene producto precisamente el “dato clínico”.
- **Sociedad de servicios.** Los análisis clínicos se ejercen como una disciplina abierta, sustentada en el diagnóstico biopatológico del paciente, basado en la comunicación y la coparticipación, cuyo producto es la “información”.

Igualmente, se deben de considerar los aspectos preanalíticos, analíticos y postanalíticos del proceso de calidad y gestión de un laboratorio clínico, detallado en la Norma ISO 15189:2003 “Laboratorios clínicos, Requisitos particulares para la calidad y la competencia”, donde el profesional del laboratorio está contribuyendo directamente con su trabajo diario al cuidado del paciente. ⁽³⁾

La información que se obtiene del laboratorio clínico es aplicada para la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, seguimiento y pronóstico del paciente. El resultado de todo esto será un servicio más transparente, coherente y en mejora continua, que beneficiará a los pacientes. ⁽²⁾

No olvidar que un informe analítico sólo se aprecia cuando se prescribe e interpreta correctamente y esto último es una función del analista clínico, si se prepara para ello con el estudio, con la obtención de la información y aprende a comunicarla. ⁽²⁾

El profesional del laboratorio clínico debe ser hoy en día, la interfaz entre el análisis biológico y la medicina clínica. La actuación del químico aparece en segundo lugar como el más necesario, siendo el apoyo al diagnóstico clínico indicado como una justificativa. ⁽¹⁾

Nuestra profesión tiene un amplio futuro y una demanda en la aplicación y la integración de la información clínica, siendo fundamental la intercomunicación químico-clínico para el reporte confiable de los resultados, con la finalidad de siempre dar un servicio con calidad a nuestro principal usuario: El paciente. ⁽³⁾



Referencias

1. Auxiliadora Trevizan María, de Costa Saar Sandra Regina. Los roles profesionales de un equipo de salud: La visión de sus integrantes. Rev. Latino Enfermagem. San Paulo, Brasil. 2007; 15(1).
2. Rosales Avilés, Román. La actividad asistencial del químico clínico en las instituciones de salud. Sociedad Mexicana de Bioquímica A.C. México DF. 2009;34(4):163-164.
3. Sierra Amor, Rosa I. El papel del profesional del Laboratorio Clínico. Sociedad Mexicana de Bioquímica A. México, DF.2005; 30(3):67.

El laboratorio clínico en el paciente

Juan José Martínez Silva
Lic. en Química
Universidad de Guadalajara
Becario U.I.S.E.S.S.

Recibido:	28/Jul/2015
Aprobado:	10/Ago/2015

Palabras clave: Paciente, laboratorio clínico.

Los laboratorios de análisis clínicos se crearon en el siglo XIX. El primero con funciones primariamente diagnósticas, lo fundó Hugo von Ziemssen en Múnich, en 1885, basado en técnicas químicas, bacteriológicas y microscópicas, teniendo un éxito fenomenal, a juzgar por la frecuencia con la que solicitaron sus servicios.³

Hasta principios del siglo XX, el médico, para realizar su diagnóstico de la enfermedad, contaba con la entrevista del enfermo, misma que se complementaba con un detallado procedimiento de exploración física, el cual no sólo se limitaba a la región del organismo aparentemente afectada y como auxiliares de apoyo diagnóstico el médico de esa época contaba con un limitado número de análisis de laboratorio.

En la actualidad, las habilidades del médico basadas en el examen físico para detectar signos y síntomas parece ver reducida su importancia debido a la confianza que generan las nuevas tecnologías no sólo en el médico, sino también en los pacientes.¹

¿Qué es un laboratorio clínico?

El laboratorio clínico es un establecimiento público, social o privado, legalmente establecido, independiente o ligado a otro establecimiento para la atención médica de pacientes hospitalarios o ambulatorios, que tenga como finalidad realizar análisis físicos, químicos o biológicos de diversos componentes y productos del cuerpo humano, cuyos resultados coadyuvan en el estudio, prevención, diagnóstico, resolución y tratamiento de los problemas de salud. Deberá contar con aviso de funcionamiento y aviso de responsable sanitario, presentados ante la autoridad sanitaria correspondiente.²

El laboratorio clínico con óptimas características de funcionamiento agrupa a varios médicos especializados en esta rama de la medicina, a profesionales afines expertos en alguna ciencia básica, como la bioquímica clínica, la bacteriología, la biología molecular, la genética, personal técnico, etc. Esta conjunción ideal, en mutuo apoyo, está en posición de ofrecer al médico los servicios y la consulta adecuados para la mejor atención del paciente.³

¿Cuál es su responsabilidad?

Es responsabilidad del laboratorio garantizar la calidad de la información que proporciona sobre el estado de salud de un paciente y para ello debe tener bajo control todos los procedimientos, desde que el médico solicita el análisis, hasta que éste recibe el informe del resultado, es decir, asegurar la calidad en la fase preanalítica, analítica y postanalítica.¹

El laboratorio clínico está sujeto a:

- Respetar la dignidad e intimidad de todos los pacientes, evitando siempre prácticas discriminatorias.
- Proporcionar al paciente la información completa, en términos comprensibles, sobre los servicios y procedimientos a los que va ser sometido, así como los requisitos y riesgos para su realización.
- Mantener la confidencialidad de toda la información relacionada con los estudios realizados, excepto cuando sea solicitada en forma escrita por la autoridad competente en los casos previstos en las disposiciones jurídicas aplicables en materia de vigilancia epidemiológica.²

La Organización Mundial de la Salud establece que debe ser prioridad de los servicios de salud la seguridad del paciente, protegiéndolo de los errores que se puedan presentar en la prestación de los servicios, buscando reducir al mínimo la morbi-mortalidad en los servicios de salud.

En la actualidad, el 70% de las decisiones médicas se basan en función de los datos del laboratorio. El laboratorio clínico ha pasado de un papel pasivo, centrado en la calidad analítica de sus resultados, definida por la precisión y exactitud, a un papel activo y protagónico.

Garantizar la seguridad del paciente debe ser el eje sobre el que se presten los servicios sanitarios en el laboratorio clínico.¹

Referencias

1. Barba Evia, José Roberto. Contribución del laboratorio clínico en la seguridad del paciente. Revista Latinoamericana de Patología Clínica. Mérida Yucatán. 2014;61 (1):11-23.
2. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011. Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.
3. Ruiz Reyes G, Ruiz Argüelles A. Fundamentos de interpretación clínica de los exámenes de laboratorio. Segunda edición. México. Editorial Panamericana 2010.p1-8

Reflexiones sobre el rol del equipo de salud en educar a la población derechohabiente en el arte de “la paciencia” y “el ser paciente”, como tarea institucional para fortalecer la salud mental

Dr. Juan Enrique Sánchez Ochoa
Médico eventual I.M.S.S. Psicólogo. Filósofo

Doctor en Ciencias del Desarrollo Humano
Doctor en Metodología de la Enseñanza

Recibido:	5/Ago/2015
Aprobado:	10/Ago/2015

Palabras clave: Equipo de salud, derechohabiente, paciencia.

La paciencia es descrita desde la antigüedad como un rasgo notable de personalidad madura y un deseable valor moral en quien la posee. Es contemplada como una de las máximas virtudes que puede alcanzar el ser humano ante situaciones imprevistas, de angustia, de enfermedad, en la espera de generosidad por los demás y aun incluso ante la muerte. La paciencia abarca también la idea metafísica de la confianza en contar con el apoyo de Dios. ⁽¹⁾

La paciencia en la postmodernidad es vista tanto desde la psicología y las ciencias de la cultura, como una actitud aprendida, no como un rasgo filogénico del ser humano. La paciencia socialmente se expresa en una actitud expectante y reflexiva ante la incertidumbre de encontrarse con circunstancias no previstas. El cultivo de esta actitud de calma, actualmente es impulsada en occidente primero por las religiones, en especial las de oriente lejano y que cuenta cada vez con más adeptos y/o programas derivados de sus prácticas y de sus técnicas de relajación adaptadas a la sociedad occidental, como la mejor forma de afrontar los devenires del estrés ante la delicada situación de enfrentar una adversidad, una situación irremediable o tomar una decisión que tiene impacto inmediato o a corto tiempo sobre el futuro. ⁽²⁾

Es por ello que al estado emocional expectante o “la paciencia”, se le esté definida en una obra especializada de consulta para los estudiosos especializados y en la divulgación de la cultura popular, con la conceptualización definitoria de ser una “*Virtud del que sabe sufrir y tolerar las adversidades con fortaleza, sin lamentarse*” ⁽³⁾ y en la misma obra en cita de consulta, se citan como otros complementos definitorios “*Espera y sosiego en cosas que se desean mucho*” ^(3a) y en su aspecto más negativo, es definida como una “*Lentitud o tardanza en las cosas que se debían de realizar prontamente*” ^(3b). Por otra parte, la misma obra define la palabra “paciente” con la siguiente frase definitoria “*Que sufre y tolera los trabajos y adversidades sin perturbación del ánimo*”. ^(3c)

Salud y paciencia

El psicoanalista alemán Erich Fromm que fue un pionero de la salud mental y social, escribió con anticipación al cambio emergente de vida social que observó, se gestaba luego de la última guerra mundial, en la nueva sociedad emergente angloamericana y europea, sin valores, derivada de la mecanización y control social políticamente impuesta a la ciudadanía y de los efectos nocivos para la salud y las interacciones sociales que, derivadas de la pérdida de la paciencia por la nueva sociedad y el individuo, al ser ésta depreciada de la cultura para priorizar aspectos de orden político en pro del discurso de los derechos a la libertad que, mal entendidos se aplicaban con la justificación de estar “*en la batalla contra el autoritarismo, ha llegado a desconfiar de toda disciplina, tanto de la impuesta por la autoridad irracional como de la disciplina racional autoimpuesta. Sin esa disciplina, empero, la vida se torna caótica y carece de concentración*”. Fromm señala críticamente

que, derivado del proceso de industrialización en todos los órdenes sociales de la vida comunitaria e individual impulsado por los países anglosajones y sus imitadores, hacen que el hombre enferme. Explica que: “*para el hombre moderno, sin embargo, es tan difícil practicar la paciencia como la disciplina y la concentración. Todo nuestro sistema industrial alienta precisamente lo contrario: La rapidez. Todas nuestras máquinas están diseñadas para lograr rapidez*”. ⁽⁴⁾

Esta política de suprimir de la cultura el desarrollo de “la paciencia” a la que Fromm manifestaba era su retiro perjudicial a cambio del “mecanicismo social”, se fue enfocado principalmente en el facultativo médico que presta un servicio remunerado, sea de índole privada o en el caso que nos ocupa, institucional y que por tanto, al ingreso del “mecanicismo social” se está debidamente reglamentada, definida su función y capacidad de actuación y recursos por esquemas y normatividades de observancia obligada dentro de su contratación laboral. Entre ellas se establece un protocolo de prestación de servicios que contiene el tiempo óptimo de atención por “la productividad” desempeñada esperada.

Esta política administrativa que surge a fines del siglo XX fue inspirada en los modelos de producción industrial y de la organización científica del trabajo, diseñada en el siglo XIX por el ingeniero estadounidense Frederick Winslow Taylor (1856-1915). Su modelo para la producción constante y eficiente al máximo, parte de la premisa de que el ser humano es indisciplinado y holgazán, por ello debe de ser motivado y estar valorando los tiempos y movimientos del trabajador. Su modelo es adaptado a la práctica médica, considerando que ante el exceso de demanda de atención por parte del usuario institucional y falta de recursos para la ampliación del personal, su adopción es impostergable en un plan de servicio de consulta radical en los servicios que presta un médico. Ante los administradores de salud, el médico y su equipo, es visto sólo como un grupo prestador de servicios con “rol técnico”. De acuerdo a este modelo, se asume que en el caso del médico y su personal en general, por ejemplo, tenga éste la capacidad de desempeño en un horario de trabajo promedio de 4 hrs. a 8 hrs, de prestar entre 22 a 76 consultas a pacientes por jornada laboral, con un tiempo de consulta integral y con el equipamiento óptimo, de un lapso de 5 minutos a un máximo 6 minutos por usuario. ⁽⁵⁾

Estando fuera de la cultura institucional, el ejercicio de la “paciencia razonable”, en la práctica institucional dentro del esquema de atención del paciente por el equipo de salud institucional, no es infrecuente que, derivado de la pérdida de la paciencia, se presenten situaciones varias que abarcan desde tiempos de espera que se consideran prolongados por el usuario, a los conflictos de comunicación con algún miembro del equipo de trabajo institucional o causadas por motivos de conflicto de tipo externo y ajenos al servicio, derivadas de factores sociales o individuales pero derivadas de la misma situación: La ausencia o la pérdida de la paciencia por el solicitante de un servicio. ⁽⁶⁾

La paciencia: Un principio fundamental a investigar e incluir su desarrollo en la educación del paciente dentro del proceso de atención institucional, de planes de control de enfermedades crónicas y degenerativas y como praxis de mejora en los servicios de salud.

La paciencia del usuario es una actitud esperada por el equipo de salud institucional dentro de la relación de trabajo con el usuario, sea en sus facetas diversas como por ejemplo, paciente-asistente médica, paciente-terapeuta, paciente-químico, paciente-enfermera(o), entre otros diferentes prestadores de servicios de atención. Sin embargo, debe señalarse que ser-paciente, también congloba además a las personas que dentro de la institución aportan servicios administrativos y otras prestaciones diversas.

Cuando surge un conflicto, es esencial la valoración de la paciencia en el usuario por el tiempo de que éste puede disponer para la espera y la actitud razonable durante su tiempo a transcurrir de espera en la prestación del servicio. Señalar que su espera deriva de las razones prácticas del tipo de servicio al que se acude, de sus alcances reales ante saturaciones, de que cuenta con límites de solución al tipo de problema que le es presentado por quién le otorga el servicio (asistente médico, médico, personal de enfermería, laboratorio, entre otros) para atenderle, debe tenerse conocimiento presente por el usuario de que existe una capacidad limitada de recursos, de atención inmediata y que existe una observancia de la reglamentación que establece la institución al usuario y no por el prestador, a la que el usuario debe de sujetarse.

En las instituciones de salud pública o privadas, se garantiza al usuario y se refrendan en sus declaraciones de valores y prestación de servicios institucionales entre otros, el derecho del usuario a inconformarse por la atención médica recibida. Esto incluye la espera de atención de algún tipo. Pero en el exponer las normatividades de prestación del servicio, es frecuente encontrar ausente la operacionalización institucional de la palabra "paciencia", como una actitud previa requerida por parte del usuario para lograr ofrecer en tiempo y forma el mejor servicio institucional que sea posible otorgar. Esto plantea la siguiente interrogante: *¿Se debe investigar el nivel de la paciencia en el usuario de servicios de salud institucional como un factor de mejora en la prestación del servicio institucional por el equipo de salud?* Por razones de aplicación de método científico estricto, han sido invocadas las objeciones de investigar todo lo relacionado a temática de índole abstracta y cuantitativa en investigación, sean en medicina clínica como en psicología de la salud, que en México es inviable por estar la investigación aceptada e inspirada con exclusiva orientación científica positivista y sin cambios, desde el año de 1876. Este aspecto ante la creciente innovación de metodologías de la investigación, ha sido descuidado de revisarse a detalle y actualizarse por los investigadores de salud en México. ^{(7) (8)}

Es por ello que hablar de la "paciencia" y su investigación, sea equívocamente considerada improcedente y al dejar de lado el estudio de la "paciencia", aunque es su ausencia un factor reconocido de desarmonía y complicaciones a la salud del usuario, como sucede en medicina conductual y psicoterapia donde su estudio es esencial para lograr mejor apego a las directrices de control de los pacientes, en especial en los que conllevan procesos crónicos y degenerativos, queda como un problema aún irresoluble de impulsar su investigación institucional al abordar y mejorar los problemas políticos y sociales en los servicios de salud en México. ⁽⁹⁾

En suma, el cultivo de la virtud de la paciencia se debe adoptar como política de educación institucional para la salud, tal como sucede con el ejercicio, la alimentación y el aseo de los pies, por citar ejemplos. Los beneficios del auto control y la reducción del estrés son bien descritos y conocidos, pero sólo se logran ejercitando la virtud de la "paciencia". La finalidad de la paciencia y su ejercicio, es lograr el persuadir a la persona de evitar dar el paso a la acción siguiente de la impulsividad irreflexiva o la agresividad inmotivada con su gama de alteraciones neuro-endocrinas que conlleva y socialmente, antes de que se convierta en un determinado tipo de comportamiento no asertivo y perjudicial que una vez presente, puede llegar al extremo indeseable de violentar de forma verbal o física a la otra persona con quien interactúa, por lo común en la figura de algún integrante del equipo de salud institucional, con efectos nocivos para ambos. ⁽¹⁰⁾

Referencias

1. Norden, Eduard (1983). Die antike kunstprosa, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, págs. 943-944.
2. Rodríguez Marín J. (1995). Psicología Social de la Salud, Editorial Síntesis, Madrid, págs. 144-160.
3. Navarro, Francesc (2004) La Enciclopedia, Editorial Salvat, Colombia, Volumen 15, pág.11535.
- 3a.- Ibid., 11535, 3b.- Ibid., 11535, 3c.- Ibid., 11535.
4. Fromm, Erich (1994). El arte de amar: La práctica del amor, Editorial Paidós, capítulo VI.
5. Pritchard Peter (1990). Manual de atención primaria de salud. Su naturaleza y organización, Editorial Díaz Santos Madrid, 87.
6. Alonso González, Maritza y KraftchenkoBeoto, Oksana (2003). La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-profesional de los estudiantes de medicina, Rev. Cubana Educ. Med. Super., 17(1) 40.
7. Zea, Leopoldo (1993). El positivismo en México: Nacimiento, Apogeo y Decadencia, México, Editorial Fondo de Cultura Económica, 49.
8. Gobierno del Estado de Jalisco (2000). "Estatuto de Estudios de Posgrado de la Secretaría de Educación del Estado de Jalisco", publicado en: La Tarea, Revista de Educación y Cultura de la Sección 47 del SNTE/Jalisco, Número 13-14, Guadalajara, Jalisco, México, 16.
9. Ferrer Pérez, Victoria Aurora (1995). Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados, Rev. Psicol. Salud. 7 (1) págs.35-61.
10. Novack, D. H., Suchman, A. L., Clark, W., Epstein, R. M., Najberg, E., Kaplan, C. (1997). Calibrating the Physician: Personal Awareness and Effective Patient Care, The Journal of the American Medical Association (JAMA), Chicago, Ill., Volumen 278, N°. 6, 502-509.

Algunas consideraciones sobre la relación médico-paciente

Dr. Javier E García de Alba García
U.I.S.E.S.S.

Palabras clave: Relación médico-paciente.

La relación médico-paciente ha sido discutida desde la mitad del siglo pasado por Talcott Parsons (1951), afirmando que el médico era neutral en sus sentimientos, orientado de manera universalista a la aplicación científica de sus conocimientos, por lo tanto esta relación tenía un carácter armónico, donde ambos participantes se planteaban metas y expectativas similares.

Cabe señalar que posteriormente Parsons (1975) sostuvo que el encuentro médico-paciente era realmente asimétrico, a favor del primero, por sus componentes de autoridad, prestigio y poder, ya que gracias a ellos podría cumplir la función de socializar eficientemente el régimen terapéutico prescrito al paciente.

Si bien, la experiencia acreditada del médico, es una razón inicial que impulsa al paciente a consultarlo, existen otros elementos que juegan un papel importante en esta relación, como el género, la edad, el nivel socio-económico, la educación, etc.; transformando y/o recreando sus sentido y significado.

Lo anterior impulsó a Elliot, Freidson (1975), a recalcar el carácter subjetivo del encuentro, ya que la medicina participa en la creación de la enfermedad como una situación social que puede ser asumida por el ser humano, por lo tanto se abroga el derecho de definir lo que es salud y enfermedad, constituyendo una realidad social distinta a la realidad física. Ejemplo de ello es que la mayoría de los encuentros médico-paciente se efectúan en territorio institucional el rol de paciente puede incluir o no estigmatización, desde antes o al inicio de la relación, como sucede con muchos pacientes con padecimientos crónicos, a quienes de entrada se les cataloga de "gordos", "comelones", "sedentarios", etc. Situación que a fuerza de repetirse, se torna rutinaria para el médico, pero atemorizante y excepcional para el paciente, dado que su experiencia es singular e íntima.

La situación anterior se puede ejemplificar con el siguiente caso:

"En el servicio de urgencias, más de un médico ha sido interrumpido mientras hace un paréntesis, tomando café, para ir a ver a un paciente y regresar diciendo a sus compañeros, no era nada, "un infarto".

Si bien la rutina ayuda al médico a enfrentar una y otra vez la enfermedad. Es difícil imaginar el agravamiento de nuestros propios padecimientos o la de nuestros seres queridos.

Por lo anterior, es importante reconocer que la percepción de los "problemas" de salud-enfermedad-atención, es diferente para el médico y el paciente, Situación que inicia el camino a la práctica de una medicina

culturalmente comprensiva, que contenga para ambas partes (médico-paciente) las características de una educación: Activa, participativa y reflexiva.

Creemos que actualmente la relación médico-paciente, mayoritariamente, se desarrolla, de tal manera que el médico capitaliza conocimientos e instrumentos a favor de su práctica, para ofrecerlos al paciente de forma unidireccional, tal como se utilizaba en las enfermedades infecciosas y pacientes inconscientes, lo cual, de aplicarse de forma indiscriminada, puede tender a deshumanizar la atención. (Ver esquema 1)

Esquema 1



Sin embargo, la búsqueda de una relación médico-paciente, más apropiada para las circunstancias y los padecimientos actuales (como los crónico-degenerativos), nos encamina a transformar el modelo, como se plantea en el esquema 2, procurando establecer una humana congruencia entre los elementos que participan en dicha relación.

Esquema 2



Obviamente, que la relación médico-paciente debe darse garantizando los principios éticos de: Autonomía en la toma de decisiones, justicia en el trato y beneficencia no maleficencia como resultado de la relación, en un marco de moral heterodoxa, donde el médico establezca la relación, en función de su responsabilidad hacia la salud-enfermedad del otro y no como una misión de ayuda a un desvalido o una transacción de intereses

Referencias

Talcott Parsons. Parsons, Talcott. El Sistema Social. Alianza Editorial. Madrid. 1999.

Elliot Freidson. La Profesión Médica. Editorial Península. Barcelona. 1978.

La relación médico-paciente, una barrera que acecha en la actualidad: ¿Cómo poder mejorarla?

Brenda Elizabeth González Ruiz
Pasante Médico Cirujano y Partero
Universidad de Guadalajara

Recibido:	5/Ago/2015
Aprobado:	10/Ago/2015

Palabras clave: Salud, relación médico-paciente.

A diario, una de las principales tareas que realizan los médicos son el diagnóstico de diversas patologías, llegando en un momento que esta actividad llega a ser rutinaria; por lo que la mayor parte del tiempo, ya sea por falta de tiempo o interés, no se le explica al paciente la causa, fisiopatología, de su malestar que le aqueja, sino que sólo se enfoca en dar un tratamiento farmacológico óptimo y eficaz; sin explicar cómo éste va a funcionar y mucho menos decir los posibles efectos secundarios, por miedo en muchas de las ocasiones a que el paciente abandone el tratamiento. Esto tiene como consecuencia que todo el peso cae en el afectado, es decir, el enfermo, ya que experimentará, juzgará y manejará la enfermedad, siguiendo la lógica cotidiana del sentido común, es decir, usará herramientas sociales (vecinos, familiares, amigos) o la tecnología (el uso de internet); en donde en muchas de las ocasiones, tomando la decisiones incorrectas como es el abandono del tratamiento, teniendo consecuencias en el cuerpo humano a corto y largo plazo. Por lo que se ha perdido el verdadero significado e importancia de una buena relación médico-paciente, sin tener que olvidar su definición *“es la interacción que se tiene como fin de devolverle a este la salud, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad.”* ⁽¹⁾

Para poder mejorar esta relación y lograr su objetivo, se tiene que entender que el ser humano es una entidad bio-psico-social y espiritual, en el cual, cuando éste percibe que pierde la salud, inicia un proceso que lo ubica primero como enfermo y posteriormente como paciente; teniendo un desequilibrio en cualquiera o todas sus esferas anteriormente mencionadas; en donde se enfrentará a éste con ayuda sus bases socio-culturales.

Hoy en día, el consultorio es considerado como un escenario de frialdad, protagonizado por tres actores: El médico, el paciente y la interacción entre estos. De acuerdo a Herzlich, se vivirá una representación social de la salud y de la enfermedad, basándose en tres corrientes: La primera, en donde se incluye a la parte de los profesionales de la salud, donde su principal tema es “la objetividad” hacia a la patología, paciente, etc., teniendo como finalidad prevención, curación o sanación; la segunda, “la relatividad cultural” (la población en general sin conocimientos sobre la salud), en donde vivirán, comprenderán, experimentarán, juzgarán su malestar de acuerdo a sus propios conocimientos y la tercera que es la importancia de los comportamientos sociales que en éste se puede incluir a los dos, es decir, cuál será la finalidad de tener una enfermedad para el médico y paciente, qué ventajas y desventajas tendrán.

Teniendo en cuenta lo anterior, para el médico será importante conocer el significado que el paciente le da a la enfermedad, con fin de ubicarse en posición de apoyar al paciente y a los que lo acompañan en este proceso; superando los mitos y ofreciendo aquella información útil y necesaria que

les facilite la toma decisiones durante su proceso de atención, tanto en etapas diagnósticas y terapéuticas, explicando las posibles consecuencias a largo y corto plazo de su padecimiento, advertir de los probables efectos secundarios que puedan llegar a presentar con el tratamiento ofrecido y siendo flexibles en el cambio de éste, cuando éste no esté acuerdo, además de hacer hincapié en los temas de prevención.

Referencias

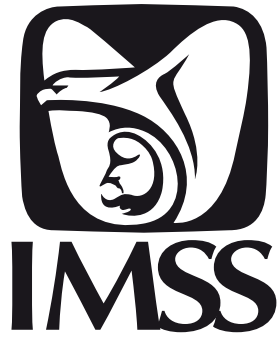
1. La relación médico-paciente. Algunos factores asociados que la afectan (2010), Sánchez J, rev. CONAMED, vol 12 (1), 1-28.
2. La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? (2010), Moore P., Gomez G., Kurtz S., Rev Med Chile; 138, 1047-1954.
3. Representaciones sociales de la salud y de la enfermedad en pacientes hospitalizados de Bucaramanga y Floridablanca, Colombia (2008), Álvarez L.Y., Acevedo A.I., Durán A.P, Univ. Méd. Bogotá (Colombia), vol 49 (3): 328-343.
4. La teoría de las representaciones sociales hoy: Esperanzas e impases en el último cuarto de siglo (2010), Rouquette M., rev. Biblioteca jurídica virtual de la UNAM , vol 6 (1), 133-140.

Notas

El contenido de los artículos es responsabilidad de los autores.

Informacion para autores

- Los manuscritos deberán basarse en el manual “Uniform requirements for manuscripts submitted for biomedical publication”, del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas.
- Deberá llevar hoja frontal con título, autores, grado, adscripción y dirección de correspondencia.
- Resumen menor a 100 palabras.
- Artículos originales llevarán introducción, material y métodos, resultados y discusión.
- Ensayos llevarán introducción, desarrollo y conclusiones discutidas.
- Referencias, citadas estilo APA.
- Cuadros y figuras en archivo aparte, los primeros con números romanos y segundos con arábigos.



Editora del Boletín

Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha

Editor Asociado

Dr. Javier Eduardo García de Alba García

Versión Electrónica

Martha Angélica Gallardo García

Consejeros Eméritos

Dr. Jorge Alonso Sánchez

Dr. Alejandro Bravo Cuellar

Dr. Luis Vargas Guadarrama

Consejo Editorial

Dra. Adriana Balderas Peña

Dra. Lourdes Ramírez Dueñas

Dra. Blanca Ramírez Hernández

Dra. Yesenia Peña Sánchez

Dra. Blanca Miriam Torres Mendoza

Dra. Refugio Torres Vitela

Comité Editorial Internacional

Dra. Roberta D'Baer, Univ. of South Florida

Dra. Raminta Danylatute, Univ. of Wright

Dr. David Hayes Bautista, UCLA

Dra. Susan C. Weller, Univ. of Texas

Directorio

Instituto Mexicano del Seguro Social

Director General

Lic. José Antonio González Anaya

Director de Prestaciones Médicas

Dr. Javier Dávila Torres

Jefe de la Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud

Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci

Coordinador de Educación en Salud

Dr. Salvador Cázares Queralt

Coordinador de Investigación Médica

Dr. Fabio Salamanca Gómez

Directorio

Delegación Jalisco del I.M.S.S.

Delegado Estatal

Dr. Marcelo Castillero Manzano

Jefe de Prestaciones Médicas

Dr. Francisco Javier Cisneros Sandoval

Enc. Coordinación de Planeación y Enlace

Dra. Elsa Armida Gutiérrez Román

Jefe de la Unidad de Investigación Social,

Epidemiológica y de Servicios de Salud.

Dr. Javier E. García de Alba García

Agradecimientos:

A las autoridades institucionales y a Distribuidora Yakult Guadalajara por su apoyo para el diseño y la impresión de este boletín.



Corrección

Hugo Enrique González Reyes

Diseño Gráfico

Oscar Gregorio Gómez Vázquez

El *Lactobacillus casei* Shirota es reconocido como probiótico

Por una sociedad más sana

