



Libros Virtuales IntraMed



Aspectos psicoterapéuticos de la relación médico-paciente

“Un buen Médico no prescribe nada al enfermo mientras no le ha convencido y sólo entonces, tras haberlo ablandado por la persuasión, trata de llevar a término su obra restituyéndole la salud”

Platón

“En las enfermedades crónicas el dolor es grande, la espera es larga, la recuperación incierta y si el tratamiento también es doloroso...los pacientes desean morir.

Aquí por cierto se despliega el talento del médico, su perseverancia, su habilidad para diversificar el tratamiento y conceder aquellas cosas agradables que no producirán daño, y para dar fuerza.

Pero el paciente también debe tener coraje y cooperar con el médico en contra de la enfermedad”.

Areteus de Capadocia (81-138 aC)

Contenidos :

En el transcurso de la relación médico-paciente se despliegan dinanismos interaccionales cuya detección y adecuada utilización favorece y acentúa las cualidades psicoterapéuticas de dicha relación .

-Asimetría de la relación terapéutica – Alianza terapéutica.

-Transferencia –Contratransferencia : conceptos básicos, ejemplos.

-Empatía : el método de la comprensión psicológica . Actitud empática.Barreras.

-Confianza : general y específica. Comunicaciones que estimulan o inhiben la confianza

-Actitudes terapéuticas: tolerancia discriminada, disponibilidad del paciente y del médico, escucha imparcial, compromiso condicional, responsabilidad, capacidad de tomar decisiones, capacitación profesional, capacidad para controlar el “furor curandis”.

-Confirmación: expresiones y actitudes confirmatorias y desconfirmatorias.

Aspectos psicoterapéuticos de la relación médico-paciente

Como hemos visto en el modelo de Pedro Laín Entralgo, la relación médico-paciente es asimétrica desde el punto de vista de los roles que ambos desempeñan .

El paciente es quien necesita ser ayudado a recuperar su salud y cuando esto no es posible, necesitará desarrollar ciertas capacidades que le permitan sobrellevar su padecimiento sin desinsertarse de la vida.

El médico es quien posee los conocimientos y las habilidades para satisfacer las necesidades de los pacientes.

Ambos constituyen, lo que Laín Entralgo llama “binomio menester-amor” en una relación de características “cuasi diádicas”. (Ver Capítulo I: Modelos de relación médico-paciente).

Sin embargo, a pesar de la asimetría propia de esta relación , hay que tener siempre presente que esto no significa desigualdad de sus miembros. Ambos son personas con derechos y deberes propios del rol que desempeñan. Por otra parte, para que el paciente pueda ser ayudado, es necesario que se desarrolle en él una actitud de cooperación y confianza, llamada alianza de trabajo o alianza terapéutica.

Para la mayoría de los autores, la alianza terapéutica es un aspecto especial de la transferencia. Otros, separan ambos

fenómenos.

Estas consideraciones teóricas son de gran interés para los especialistas en estos temas, pero para el médico y su práctica, lo que importa es tener en cuenta que, cualquiera sea el origen de dicha alianza, las actitudes respetuosas del médico hacia su paciente, contribuyen a fortalecerla .

1-La alianza puede perturbarse por el enojo del paciente con su médico.

Esto ocurre con bastante frecuencia aunque los pacientes suelen no hacer comentarios al respecto por temor a ser agresivos y a perder el afecto y la atención del profesional que los atiende. Por lo tanto, es difícil que el médico se entere.

Algunas veces estos disgustos se relacionan con acontecimientos de una cierta importancia, pero a menudo son consecuencia de situaciones que objetivamente poseen poca envergadura.

Casi en la generalidad de los casos se trata de algunas actitudes del médico, que en el marco de la transferencia afectiva, el paciente interpreta como abandono, poca consideración, rechazo, preferencias hacia otro paciente, etc..

Estos sentimientos son similares a los que sienten los hijos cuando interpretan que sus padres favorecen a algún hermano. (Ver Transferencia)

La forma más conveniente de prevenir estas situaciones es acordando de entrada las normas que regirán la relación, tales como la duración de la consulta, si el médico responde o no a los llamados telefónicos que el paciente le realiza, cuándo se hacen excepciones, cómo se atienden las emergencias, cómo se procede cuando el paciente no puede concurrir a la consulta, etc. Este conjunto de normas constituyen lo que llamamos encuadre (Ver Capítulo II: Aspectos comunicacionales de la relación médico-paciente).

Por parte del médico es importante tener en cuenta las consecuencias de ciertas formas del propio proceder, como la seducción que el profesional ejerce cuando utiliza actitudes excesivamente cariñosas que le hacen sentir al paciente que es el "enfermo favorito", de modo que cuando no es posible responder esas expectativas, él siente que ha dejado de ser "el preferido" y que el lugar perdido en la consideración de "su" médico ahora le pertenece a otro.

Es cierto que en la práctica médica habitual, el tiempo que dura la consulta, no es suficiente como para que se pueda generar el clima que posibilite al paciente expresar sus disconformidades con el médico y sus indicaciones.

También es cierto por otra parte, que los médicos no siempre cuentan con los recursos técnicos psicológicos y comunicacionales que les permitirían a sus pacientes favorecer la expresión de estas disconformidades.

Con frecuencia el enojo de los enfermos se atenúa o desaparece hasta que vuelven a la consulta, y por lo general, el médico tratante nunca se entera.

2-Los pacientes a veces se quejan de su médico a otros médicos, o a las enfermeras o al personal del laboratorio que los atiende.

Cuando esto ocurre corresponde escuchar lo que el paciente ofendido tiene que decir.

La escucha debe hacerse en actitud amable, interesada, comprensiva y demostrando que se está prestando mucha atención al reclamo.

La respuesta debe ser ecuánime, de tal forma que el paciente no tenga dudas acerca de la neutralidad del interlocutor y de su interés por resolver la dificultad que lo aqueja.

No es conveniente que el enfermo entienda que el médico coincide en sus apreciaciones personales acerca del otro colega, sobre todo porque su relato no puede ser imparcial ya que está teñido de su propia subjetividad.

Cuando el vínculo con el enfermo es afectivamente intenso y la distancia operativa se hace difícil de sostener, es fácil tomar partido por un enfermo que se presenta como "maltratado" por otro profesional.

Es importante que los miembros del equipo de salud sepan diferenciar entre la escucha comprensiva del enojo del paciente con su médico y una alianza cómplice basada en procesos identificatorios contratransferenciales, consecuencia de la intensa carga emocional que se moviliza frente a la enfermedad, sobre todo si ésta es seria y si existen manipulaciones por parte de algunos pacientes con personalidades patológicas.

Hay que tener en cuenta que estas identificaciones se ven facilitadas cuando los enfermos son personas muy jóvenes, cuando padecen mucho sufrimiento o cuando tienen mal pronóstico de vida.

Ej :Un paciente tuvo un problema que requirió una consulta con un especialista. Su médico de cabecera le indicó que fuera a ver al profesional que lo había atendido por ese tema en otras oportunidades.

En la entrevista siguiente el enfermo planteó que no había podido visitar al especialista, porque el turno que le daban tenía una espera muy larga. Explicó que había querido comunicarse con el doctor para pedirle

que lo viera antes, pero que “a pesar de que lo había perseguido por toda la institución”, no logró hablar con él porque “claro, ahora que ocupaba un cargo muy importante se ve que ya no tenía tiempo como antes para atender a sus viejos enfermos”.

Su médico sintió que el “pobre enfermo” había sido desatendido, así que con el comentario de que a veces “los éxitos cambian a las personas”, procedió a derivar al paciente a otro profesional.

En la siguiente visita el paciente todavía no había realizado la consulta indicada.

La preocupación que le produjo al médico el hecho de que el paciente no había solucionado el problema que lo aquejaba, le impidió advertir la manipulación de que estaba siendo objeto.

No comprendió que el paciente nunca había reservado el turno con el especialista, ni que tampoco lo había llamado a él para que le resolviera la dificultad.

Se identificó con el paciente y se sintió molesto con el especialista y así lo manifestó al enfermo verbalmente, quedando “la culpa” depositada en el “médico mareado por el éxito”, mientras el problema que había motivado la derivación quedaba sin resolver.

Sólo cuando el enfermo concurrió nuevamente sin haber seguido la indicación, comprendió lo que había ocurrido en realidad: el paciente había logrado evitar la consulta que por alguna razón no deseaba realizar.

3-Los conflictos con la familia del paciente.

Por otra parte, durante las internaciones, es bastante frecuente que el o los familiares de los enfermos entren en conflicto con los médicos a cargo de ellos, generalmente a partir de malentendidos producto de mecanismos defensivos, sobre todo proyectivos, ya que cuando la angustia que produce la situación es muy intensa, se hace necesaria la existencia de un enemigo real y concreto, ajeno a la persona del paciente, con quien poderse enojar y descargar la rabia, consecuencia de la frustración y la impotencia que las enfermedades graves o incurables producen.

Ej :La hija única de una paciente terminal internada en muy grave estado no podía aceptar que no se le realizara a su madre ningún tratamiento para “combatir la enfermedad” y que se la estuviera atendiendo con tratamiento paliativo.Venía a acompañarla pero llegaba siempre un par de horas después de lo que había dicho que haría, siempre nerviosa, se mostraba agresiva y le reprochaba al personal no atender a su madre, despreocuparse de ella y no haberle brindado ninguna contención.

Tenía una relación conflictiva con la madre con quien discutía permanentemente.

Durante la tarde, en lugar de quedarse con la enferma, era habitual verla leyendo el diario y fumando en la cafetería de la esquina del Hospital.

Finalmente la paciente falleció una tarde, con la única compañía de la enfermera y el médico que la asistieron en su final.

Cuando las disconformidades no se aclaran, escuchando las quejas primero, resolviendo las fallas en la atención si las hubiera, para luego tratar de llegar a entendimientos básicos, se mina la confianza del paciente en el médico o en el equipo de salud interviniente, con lo cual se debilita la alianza terapéutica.

Pero, muchas veces resulta imposible aclarar una situación que es consecuencia de viejos conflictos entre los pacientes y sus familiares.

En ese caso la comprensión de la dinámica de lo que está sucediendo evitará la identificación con las proyecciones desvalorizantes y agresivas que inoculan impotencia y afectan la autoestima desmotivando a los profesionales de la salud.

El psiquiatra o el psicólogo de enlace puede colaborar en este proceso. Frente a estas circunstancias donde la comunicación que se despliega es muy patológica, la mejor protección posible para los profesionales de la salud, consiste en poseer conocimientos básicos sobre el comportamiento de las personas cuando están enfermas y realizar trabajo en equipo con reuniones de discusión de los casos clínicos más complicados.

El análisis conjunto permitirá organizar los recursos del equipo con el objetivo de atender al paciente y su familia y lograr restaurar o fortalecer el vínculo y la alianza terapéutica.

La transferencia:

Es un fenómeno universal, que el psicoanálisis describe y estudia como un instrumento de la terapia psicoanalítica. Consiste en la superposición inconciente de modos de relacionarse del pasado infantil del paciente en el presente, de tal manera que en sus conductas en el curso del tratamiento, la transferencia aparece como comportamientos inadecuados o como afectos desajustados que no corresponden ni en calidad ni en magnitud a la situación real.

Podemos decir que “la transferencia es lo irracional, lo inconciente, lo infantil, de la conducta, que coexiste con lo racional, lo conciente, lo adulto, en serie complementaria” (R. H. Etchegoyen.)

La transferencia es un fenómeno universal que también acontece en las relaciones terapéuticas no psicoanalíticas, tales como en la relación que se establece entre el médico y su paciente, en la cual debido al significado de la enfermedad, el miedo a la muerte y el rol tan espe-

cial que tiene asignado el médico en nuestra cultura, se produce una situación que favorece la reactivación de conductas infantiles, sobre todo las referidas a la competencia por el afecto de los mayores o de las figuras de autoridad, la rivalidad entre hermanos, los enojos exagerados, etc. .

El médico debe siempre tener en cuenta que en los enfermos con trastornos de la personalidad es mucho más fácil provocar afectos y vivencias infantiles y que éstas finalmente perturbarán la relación, la comunicación y el éxito del tratamiento.

Los enfermos, muy a menudo, tienen emociones y pensamientos acerca de sus médicos y de la relación que mantienen con ellos, relacionados con las emociones propias del pasado infantil, antes mencionadas.

En una publicación de la Asociación Médica Americana (AMA), como resultado de una encuesta realizada a pacientes de Clínica Médica, apareció una enumeración de algunas de las ideas más frecuentes.

Pensamientos de los pacientes en relación a sus médicos :

“No le caigo bien, me parece que no le gusta cómo actúo”.

“No está cuando lo necesito”.

“En realidad no le importo, soy uno más que atiende por obligación”.

“Está más interesado en ganar dinero que en sanar a sus pacientes”.

“Me pide muchos estudios porque le interesa más lo que cobra que yo”.

“Soy tan sólo un conejito de indias”.

“No es capaz de ayudarme, no puede hacer nada por mí”.

“Podrá ayudar a otros pero conmigo algo debe andar mal porque mucho no me ayuda”.

“En realidad no puede darse cuenta de cómo me siento, no puede entenderme”.

“Siempre hace entrar a fulano/a antes que a mí”.

“Se puso celoso cuando le dije que había consultado a un especialista sin preguntarle a él”.

La contratransferencia

Este término fue introducido por primera vez por Freud en su trabajo “Las perspectivas futuras de la Terapia Psicoanalítica”, presentado en el Congreso Internacional de Nuremberg en 1910.

En ese trabajo la describe como las emociones que aparecen en el analista como respuesta a las actitudes del

paciente. Sin embargo, Freud no desarrolló una teoría de la contratransferencia.

Recién a partir de 1950 comienzan a aparecer trabajos donde este tema se trata con profundidad. Entre ellos, los de Heinrich Racker en Buenos Aires y Paula Heimann en Londres, destacan el papel de la contratransferencia como un instrumento en la terapia psicoanalítica.

Las emociones contratransferenciales en la relación médico paciente, tienen que ver con las proyecciones transferenciales de los pacientes y la cualidad de éstas.

Las características de la personalidad y la historia de vida del enfermo determinan, como hemos visto, dicha cualidad.

La personalidad e historia de vida del médico teñirá y singularizará la contratransferencia.

Estas emociones son percibidas como sentimientos frente a los pacientes. Algunos gratos, como la simpatía, la admiración, el cariño, que el médico reconoce con facilidad. Pero en general cuando las emociones que se sienten frente a un paciente son negativas, tales como aburrimiento, fastidio, repugnancia, desprecio, rabia, etc, son más difíciles de reconocer, especialmente cuando el médico tiene una imagen idealizada de sí mismo y no concibe que pueda sentir por su paciente otra cosa que afectos positivos.

Son importantes los temas básicos de preocupación de los enfermos tales como el miedo a morir, al deterioro físico, al dolor, que despiertan en el médico emociones propias de su condición de ser humano expuesto a iguales riesgos.

Del mismo modo, el equipo médico suele afrontar la muerte de sus pacientes con dificultad.

Cuando las personas que atienden a un enfermo no se permiten pensar en la posibilidad de la muerte, dicha negación de los cuidadores genera una barrera para la expresión de los temores de los pacientes.

Darse cuenta de la propia contratransferencia, consultar sobre los pacientes a los otros miembros del equipo en los pasajes de sala y en los ateneos clínicos, así como el trabajo grupal en equipo, son imprescindibles para que los profesionales de la salud puedan, además de intercambiar conocimientos, recuperar la distancia que posibilite operar técnica y afectivamente sin involucrarse en exceso en un nivel personal perdiendo la objetividad.

Finalmente, es correcto que si un médico no puede corregir una contratransferencia negativa, derive a su paciente hacia un colega que pueda actuar con la distancia operativa adecuada y generar una alianza de trabajo útil.

Empatía

Este concepto es atribuido a Theodor Lipps (1909), quien lo utilizó para describir un fenómeno afectivo que aparece en la relación terapéutica que denominó "Einfühlung", cuya traducción literal es "sentir dentro".

La empatía es parte del método llamado "comprensión psicológica" utilizado por las escuelas fenomenológico-existenciales.

Karl Jaspers (n.1883) creador de la "Psicología Comprensiva", aplicó este concepto de "comprensibilidad" a los procesos psicopatológicos.

En EE.UU. el interés en la empatía se debió al trabajo de Carl Rogers (1951, 1959).

Este autor en su "Psicoterapia centrada en el cliente", definió la empatía como un proceso que permite al terapeuta entrar en el mundo del paciente sin prejuicios, dejando de lado sus propios valores y sus propios puntos de vista.

Es decir que cuando un individuo escucha a otro con atención, interés y concentración, decimos que ha empatizado si logra sentir en sí mismo, la emoción que el otro relata y vivencia.

O sea que co-vivenciar (sentir al mismo tiempo en el propio interior) es empatizar.

Es imposible comprender qué le está pasando a un paciente si quien lo atiende no co-vivencia lo que él siente, si no empatiza con él.

Esta emoción "contagiada" no es una reacción a lo que el paciente siente, (contratransferencia), sino una masiva identificación transitoria.

En cambio, cuando el paciente está relatando un hecho muy doloroso, triste, dramático o alegre para él, el médico que lo escucha puede sentir pesar por lo que al otro le pasa o producirle placer el que le esté yendo bien, es decir puede sentir una emoción del mismo tono afectivo, pero no la vivencia de la emoción en la propia interioridad, no hay "un contagio de la emoción" sino un acompañar al otro.

En este caso decimos que se trata de una emoción simpática de carácter contratransferencial. Existe una distancia conservada y una clara diferenciación entre lo que el médico y el paciente sienten.

Si bien es cierto que las vivencias de un paciente no se pueden comprender sin empatizar con él, también podríamos decir que quedarse solamente en la empatía impide cumplir con la finalidad del encuentro médico.

Entristecerse, angustiarse, asustarse con el enfermo, permite reconocer la magnitud de la conmoción por la que atraviesa.

Pero, si bien el enfermo necesita que su médico comprenda su emoción para sentirse acompañado y reconocido, es indispensable para él, que el médico le proponga la forma de resolver el problema.

El segundo paso por lo tanto, es tomar distancia de lo empatizado y realizar un análisis valorativo de la situación problemática lo que permitirá definir una propuesta para solucionarla.

En esto consiste entonces el método de la comprensión psicológica :

- ❖ 1º- Empatizar.
- ❖ 2º- Tomar distancia.
- ❖ 3º- Valorar

La toma de distancia es lo que genera mayor dificultad. Para ello es imprescindible que el médico pueda objetivar la emoción empatizada, con lo cual se "desidentifica" y la vivencia afectiva desaparece, permaneciendo la ideativa.

Es decir, que cuando en algún momento del relato de su paciente, el médico se angustia, dicha emoción, sobre todo si es intensa, podría perturbar la posibilidad de elaborar estrategias y proponer decisiones.

Si centra su pensamiento en lo que está sintiendo, por ejemplo:

- ❖ "¿Por qué me angustia tanto lo que esta persona me cuenta?" .
- ❖ "No hay caso, cuando se tocan temáticas de este tipo pierdo la objetividad".
- ❖ "Estos temas me emocionan mucho"

La emoción pasa a ser objeto del análisis del sujeto que la está vivenciando, con lo cual el yo propio se independiza del yo del otro.

Diferentes autores han enfatizado aspectos diferentes del proceso empático.

Se han realizado intentos de medición de la empatía, por ejemplo en enfermería.

Para ello se utilizó un panel de expertos que analizaban entrevistas grabadas (C. Williams. 1979. EE.UU.).

Más cercano en el tiempo, M.H.Davis en 1983 elaboró un instrumento autoadministrable, para evaluar la empatía, con 28 ítems (Interpersonal Reactivity Index), en un intento de evaluación estadística del grado de capacidad empática de los miembros del equipo de salud.

Este tema no prosperó como objeto de investigación clínica, y en nuestro medio nunca se planteó.

Es difícil preparar a los pacientes para realizar estudios complejos sin comprensión de los miedos que sienten en general las personas que deben someterse a procedimientos que les son extraños, con aparatos que nunca vieron, que no saben qué hacen, ni para qué sirven.

Si además estos enfermos padecen fobias, los miedos pueden impedir que se realice el tratamiento o el estudio programados.

En la internación es frecuente, que algunos procedimientos y estudios se hagan durante la noche o sin un horario fijo, porque como el enfermo está internado, el profesional que tiene que realizarlos se atrasa o cambia el horario, frecuentemente sin avisar, pensando que al fin y al cabo no perjudica al paciente, el cual espera durante horas, sin que nadie sepa qué decirle, generándose incomodidad y malestar en los enfermeros, los médicos a cargo, el enfermo y sus familiares.

Ej :1-A un paciente al que se le debía realizar una segunda biopsia renal y se negaba a ella porque en la anterior había padecido mucho dolor y una descompensación emocional importante. Para evitar que la situación se repitiera , se le propuso realizar la biopsia con hipnoleptoanalgesia.

Cuando el médico le explicó cómo iba a ser el procedimiento, le aclaró al enfermo, "Ud. no se aflija porque esta anestesia, que no es general y por lo tanto no es riesgosa, actúa produciendo amnesia , así que Ud. no se va a acordar de nada de lo que le pasó" .

El paciente que ya había consentido, se negó terminantemente al procedimiento, muy asustado y angustiado, pensando que "¡¡¡Voy a sentir todo de nuevo, solo que después no me voy a acordar de nada!!!!"

El médico no entendió el miedo del paciente, no comprendía por qué su explicación lo había asustado en lugar de tranquilizarlo.

2-A una paciente con cáncer de la mama le apareció un nódulo en la espalda, se aterrorizó pensando que se trataba de una metástasis. Le realizaron la extirpación y cuando fue a ver a su médico para que le comunicara el resultado de la biopsia, éste, tratando de darle ánimo exclamó: "¡ Qué suerte, no es metástasis, se trata de un linfoma muy tratable! "

La enferma nunca se olvidó de esa frase.

3-Paciente joven , concurre al especialista para el diagnóstico con sus padres :

"Los felicito, es Hodgkin tal como yo les anticipé y tiene muchas posibilidades de andar bien, podría haber sido mucho más serio!"

4-Ginecólogo a una paciente que lo consulta por dolor en la mitad del ciclo menstrual: "A Ud. le duele cuando ovula, ¡qué suerte! Quiere decir que es fértil...."

5-Diálogo:

-Paciente : "¿Sabe doctor? A veces me siento sola..."

-Médico: "A Ud. le vendría bien comprarse un perrito".

Se hace difícil para los enfermos, someterse a las venopunciones frecuentes, a las curaciones dolorosas , etc., si el médico y los enfermeros no demuestran comprensión empática, la que al permitir comprender el grado de sufrimiento psíquico y físico de algunos pacientes, favorece que cada uno de los profesionales de la salud intervinientes haga todo lo posible para aliviar las molestias.

Características semiológicas del que escucha empáticamente :

-Contacto visual :

La mirada debe ser expresiva, mostrar atención, concentración en lo que el paciente relata, interés en lo que dice y deseo de comunicación.

La mirada fija, poco expresiva, puede ser atemorizante, del mismo modo que no mirar al paciente puede ser interpretado como falta de interés y deseo de que la consulta termine pronto.

-Postura :

De frente al paciente, relajado, con tendencia a acercarse.

Se debe transmitir la sensación de que se dispone del tiempo suficiente para escucharlo.

La expresión facial debe ser congruente y acompañar la mirada .

Las actitudes rígidas, las facies inexpresivas, así como también los movimientos inquietos o la gestualidad inadecuada para el contenido del relato, revelan falta de interés, deseo de irse pronto, ausencia de escucha.

-Calidad verbal :

El tono debe ser audible para el paciente sin necesidad de gritar, se debe modular con claridad para evitar malentendidos, la entonación debe corresponder a lo que se habla.

-Contenido verbal :

El paciente debe sentir que el médico lo ha comprendido.

Parafrasear y reflejar son técnicas útiles.(Ver Capítulo VI: La Entrevista Médica)

Lo que el médico diga como síntesis, esclarecimiento o interpretación debe poder diferenciarse de lo que el paciente expresó.

Debe dársele al enfermo la oportunidad de plantear dudas y realizar preguntas.

Obstáculos a la escucha empática :

-Falta de disposición :

En la enseñanza tradicional de la medicina y durante el ejercicio de ésta, se valora la objetividad y la intelectualidad.

La empatía es una técnica que implica un compromiso afectivo, y es completamente subjetiva, por lo tanto puede ser considerada como "poco científica".

También es posible que genere el temor de que, al implementarla, el médico no pueda tomar distancia de la emoción y quede atrapado frente al paciente en una posición inadecuada, que lo inhabilitaría para el accionar médico.

Todo esto obstaculiza el desarrollo de la empatía.

-Dificultad para relajarse y concentrarse plenamente en el paciente:

Esto puede ocurrirles a los profesionales de la salud por estrés laboral, dificultades en la vida personal o por corresponder a estilos de comportamiento particulares.

Las personas con tendencia a la acción, poco reflexivas, inquietas, las muy reprimidas o rígidas, los individuos a quienes les cuesta escuchar al otro, cuando son profesionales de la salud procederán en su tarea con las mismas características que en su vida personal.

-Falta de tiempo :

Si la tarea que se le impone al médico supera sus posibilidades concretas, no podrá desarrollar "escuchas empáticas" muy frecuentemente porque para ello se necesita tranquilidad y un tiempo de consulta adecuado.

-Ruidos e interrupciones :

También son barreras porque impiden que se genere el clima de calma necesario.

-Personalidad del paciente :

Algunos pacientes son reacios a exponerse emocionalmente, otros no pueden hacerlo por las características de su personalidad.

Los enfermos con trastornos psicóticos, si bien pueden evidenciar una emocionalidad de gran intensidad y desborde, no son empaticables porque la psicosis no es co-vivenciable.

Hay que tener en cuenta que despiertan emociones contrasferenciales intensas en el equipo médico, tales como miedo, angustia, desconfianza, enojo.

La Confianza

El diccionario de la lengua castellana define la confianza

como:

"La esperanza firme que se tiene de una persona o cosa". " Confiar es esperar o encargar con seguridad y firmeza. Poner o encargar al cuidado de uno algún negocio u otra cosa."

Los autores de habla inglesa hablan de una confianza general , refiriéndose a la capacidad que tienen las personas de confiar en los otros y de una confianza específica que se refiere a la que se deposita en otro en una relación particular.

Así, una persona confiada en general podría desconfiar de su médico y en este caso habría que analizar las condiciones en las que se está desarrollando la relación y la propia personalidad del profesional, con miras a encontrar alguna conducta o actitud perturbadoras que pudieran ser corregidas.

También podría ocurrir que una persona que en general suele desconfiar de la gente confíe en su médico, lo cual es de inestimable valor, pero por otra parte sería útil tratar de hallar las razones de esta actitud poco habitual, ya que si están fundadas en mecanismos proyectivos o idealizaciones, será muy difícil que la confianza se sostenga en el tiempo.

Pero si esta misma persona siempre desconfiada, también desconfía de su médico, sabremos que casi con seguridad esto se debe a sus propios rasgos de personalidad y el ganar su confianza será muy difícil y dependerá menos de la conducta del médico y más de las interpretaciones que hace el paciente.

También es importante recordar que la "confianza ciega" , es síntoma de procesos psicológicos inmaduros, sobre todo idealizaciones, que al no sustentarse en la realidad, independientemente de la capacidad del médico tratante, generan un falso vínculo y una alianza terapéutica en extremo frágil.

En la relación médico paciente la confianza es un fenómeno que presenta características particulares,tales como :

- ❖ La percepción por parte del paciente de que su médico está interesado en resolver su problema
- ❖ La convicción de que tiene la capacidad y la formación necesarias para ello.
- ❖ La certeza de sentirse aceptado sin ser juzgado.
- ❖ La experimentación de un sentimiento de seguridad, y de ser cuidado.
- ❖ Disminución de las resistencias por el clima de contención.

En medicina la confianza es indispensable para poder afrontar las numerosas situaciones en las cuales la salud y a veces la vida del paciente dependen de la habilidad de quien lo está tratando.

Pero además de la credibilidad debe existir una atmósfera de contención y de cuidado.

La confianza se construye, y para ello se necesita algo de tiempo. Según las circunstancias, ese tiempo será mayor o menor.

Existen actitudes contenedoras, que generan confianza y otras que generan resistencias y desconfianza .

En síntesis, la confianza se genera con el tiempo sobre la base del respeto al paciente como persona, la honestidad profesional y la coherencia entre lo que se enuncia y cómo se procede.

Comunicaciones que debilitan o estimulan la confianza :

- ❖ Juzgar o reprender versus comprender y alentar la corrección del error.
- ❖ Indicación autoritaria versus indicación cooperativa.
- ❖ Manipulación versus honestidad.
- ❖ Distancia versus empatía.
- ❖ Superioridad versus igualdad.
- ❖ Rigidez versus flexibilidad.

Ej.:•Juzgar o reprender :

“La toma del medicamento no era cada 12hs sino cada 6hs. Ud no se está curando porque toma mal la medicación. Debe prestar más atención.”

- ❖ Comprender y alentar la corrección del error :

“La toma del medicamento no era cada 12hs sino cada 6hs. Pero si tomando cada 12hs no resultó, antes de cambiar de fármaco vamos a utilizarlo cada 6hs.

Para que no se confunda se lo escribo.”

- ❖ Indicación autoritaria :

“Ud. Tiene que olvidarse de que existe la sal. Después de todo es una cuestión de costumbre.”

- ❖ Indicación cooperativa :

“Tratemos de pensar qué tipos de alimentos son más tolerables para Ud. sin sal, o en todo caso la consulta con la dietista podrá orientarla en una forma diferente de cocinar.”

- ❖ Manipulación :

“La próxima semana no puedo verlo porque me voy a un Congreso donde expondré algunos casos, entre ellos

el suyo”.

¿“Por qué no te ocupás de la búsqueda bibliográfica que es tu fuerte así el jefe te escucha en el ateneo?”

- ❖ Honestidad :

“ La próxima semana no puedo verlo porque no voy a atender.”

“Me gustaría que me ayudaras con la búsqueda bibliográfica del ateneo porque no me dan los tiempos.”

- ❖ Distancia:

“Su esposa ha mejorado todo lo que esperábamos. Ud ya fue informado de que en estos casos es improbable que vuelva a caminar y además siempre existe la posibilidad de una recidiva.”

- ❖ Empatía:

“Como Ud puede verlo, su esposa ha ido mejorando con la rehabilitación y en este momento ya puede permanecer sentada bastante tiempo. Se la ve animada y con muchas ganas de seguir trabajando.Por suerte, sus funciones intelectuales se recuperaron por completo y, aunque es poco probable que vuelva a caminar, debemos seguir trabajando.”

- ❖ 0.Superioridad :

“En realidad Ud. piensa que la paciente ha mejorado pero si Ud estuviera especializado en el tema comprendería que esta mejoría no va al fondo de la cosa. En realidad estamos como al principio.”

- ❖ Igualdad :

“Lo que Ud. me comunica me amplía el panorama y si bien yo pensaba que no había cambios de fondo, lo voy a repensar a la luz de los argumentos que Ud. expuso.

- ❖ Rigidez :

“Ud. No necesita apoyo psicológico. Si así fuera, yo se lo habría indicado.”

- ❖ Flexibilidad :

“Yo pensaba que Ud. podía manejarse sin apoyo psicológico pero podemos hacer una consulta. En ese caso me gustaría que viera a un colega de mi confianza.”

Actitudes terapéuticas:

Se trata de aquellas condiciones que establecen un marco al tratamiento, y que se deberían encontrar siempre presentes :

- ❖ 1-Tolerancia discriminada.
- ❖ 2-Disponibilidad del paciente y del médico.
- ❖ 3-Escucha imparcial.

- ❖ 4-Compromiso condicional.
- ❖ 5-Responsabilidad,capacidad de tomar decisiones.
- ❖ 6-Capacitacion profesional.
- ❖ 7-Capacidad para controlar el “furor curandis”.

1-Tolerancia discriminada:

Esta conceptualización fue desarrollada por J. Ruesch en su libro “La comunicación terapéutica” referido a los tratamientos psicoterapéuticos.

En medicina general la aplicación de este concepto puede ser de gran utilidad.

Se trata de que el paciente perciba desde el inicio mismo del tratamiento, que la consulta se desarrolla en un clima de continencia afectiva, donde no es posible detectar signos de autoritarismo ni intenciones de dominación por parte del médico, y donde existe un profundo respeto por la singularidad del otro.

Sólo el tiempo podrá hacer que el paciente se convenza de la veracidad de esta actitud de tolerancia, ya que durante el transcurso de la relación, existirán numerosas ocasiones donde la autenticidad de la misma será puesta a prueba.

El clima así creado, debe diferenciarse claramente de la ausencia de límites, ya que tolerancia no es ni debe ser sinónimo de caos, es más , la tolerancia no es indiscriminada.

El médico debe saber que muy probablemente el paciente modificará algunas de sus indicaciones, aunque es recomendable que lo consulte antes de hacerlo.

Si éste no fuera el proceder del enfermo, debería poder “tolerar” dicha trasgresión y más bien “estudiarla” como un síntoma cuyo significado convendría develar.

También el médico debe estar preparado para “tolerar” que sus enfermos no tomen decisiones, siempre y cuando evalúe el por qué de esta conducta y piense que es mejor aceptarla.

Las escuelas de la comunicación plantean que cuando los pacientes atraviesan importantes situaciones de crisis y están excitados, confundidos, muy angustiados o deprimidos, las posibilidades ilimitadas de elección se convierten en una carga ya que , por su estado mental, no pueden evaluar alternativas .

Quienes padecen enfermedades graves viven con frecuencia momentos de gran angustia e incertidumbre relacionados con la evolución de su enfermedad

En aquellos casos, en los que además existe un cierto grado de fragilidad del yo, se dificulta la toma de decisiones.

Es importante que la actitud del médico de un modo directo o indirecto, estreche el campo de tal manera que las elecciones posibles no sean tantas, ni tan diversas .

Algunas indicaciones pueden ser flexibles y opcionales, proponiendo el médico, por ejemplo, que el paciente recurra a la medicación según su necesidad.

Este método es útil cuando existe dolor crónico, hipertermia, angustia.

Se realiza un acuerdo con el enfermo para lo cual se le debe enseñar a reconocer sus propios síntomas, darles un valor de intensidad y proceder a intentar su alivio según la propuesta del médico.

Esta técnica le permite al enfermo sentir que puede controlar algunas situaciones, que el médico confía en su criterio, lo cual fortalece su autoestima, su autonomía y mejora la confianza y la alianza terapéutica .

En cambio, en otras circunstancias el médico debe proceder con mucha firmeza ya que la misma vida de su paciente puede estar en riesgo.

Ej : Paciente anoréxica de 33kg y 1,65m de altura. La enferma no quería ser internada pero tampoco se alimentaba. Llegado a este punto el médico y los padres de la paciente la internaron y la presionaron para que comiera. Pactaron que comiera para salir de la internación.

2-La disponibilidad del paciente y del médico :

Muchas veces las personas concurren al médico sin estar en condiciones de iniciar un proceso terapéutico.

Sin embargo solicitan la consulta y van al médico sea porque sus familiares insisten, porque en realidad desean depositar en otro la responsabilidad de su salud sin hacerse cargo de ella, porque en el trabajo así se lo exigen, o bien porque la concurrencia al médico se toma como una de las tantas rutinas de la vida.

Del mismo modo, no todos los médicos están siempre disponibles, por razones personales o laborales, sin mencionar las dificultades quienes han elegido equivocadamente su especialidad, o lo que es aún más grave la carrera misma.

Lamentablemente sin esta disponibilidad del médico y del paciente es muy difícil que se logre un éxito terapéutico.

Además la falta de disponibilidad afectiva determina la falta de disponibilidad efectiva .

Si el paciente no puede contar con su médico cuando lo necesita, de un modo directo o habiendo éste implementado recursos para ello (horarios, teléfonos, reem-

plazantes, etc.), no se establecerá la confianza necesaria.

La disponibilidad del paciente, se manifestará en la actitud de cooperación que revela al acomodarse a los horarios posibles, al concurrir puntualmente, al no retacear información, etc., y también en la disposición a exponer francamente todo aquello que le sea útil al médico para su diagnóstico y/o tratamiento.

3-La escucha atenta e imparcial:

Se refiere a la disposición del médico a escuchar atentamente, intentando comprender, sin juzgar, sin aconsejar y sin entrar en controversias con el paciente.

Se trata de una escucha empática que permite valorar mejor la situación de la persona enferma como totalidad y por lo tanto favorece la decisión acerca del tipo de intervención a proponer, teniendo en cuenta que la no acción es también una intervención.

En algún momento los pacientes atraviesan un desborde emocional. En esas circunstancias la catarsis verbal puede producir alivio, si la escucha es atenta y comprensiva.

Esto no es simple cuando la ansiedad es intensa, sobre todo en los pacientes con enfermedades severas o cuando el diagnóstico es de gravedad.

La tendencia primera es tratar de acallar el desborde, tal cual suelen hacer muchas veces los amigos de los pacientes, mediante consejos o reclamos de valor y firmeza, o fomentando falsas ilusiones que luego son imposibles de sostener y perturban la comunicación y la alianza terapéutica.

4-Compromiso condicional (J. Ruesch)

La tarea médica exige compromiso del médico y del paciente.

El médico debe estar atento a su paciente, a lo que él le está comunicando, tratando de no caer en una tolerancia indiscriminada de sus acciones. Tampoco es útil mantener una actitud distante y desinteresada.

Sostener cuidadosamente el encuadre y una adecuada distancia operativa, impiden el exceso en el compromiso con la confusión que esto genera y el perjuicio causado al paciente y también al médico.

5-Responsabilidad, capacidad para tomar decisiones:

Es necesario recordar en todo momento que la relación médico paciente es igualitaria pero asimétrica.

El médico es responsable de la salud de la persona que lo elige como tal y si bien las indicaciones médicas se le proponen al enfermo, que en última instancia decide si las seguirá o no, también es cierto

que en situaciones críticas el médico debe resolver para proteger la vida y la salud de su paciente.

Cuando tanto el paciente, como su familia comprueban que el médico o el equipo de salud es capaz de proteger al enfermo, se favorece el vínculo y se fortalece la alianza terapéutica

6-Capacitación profesional:

La sólida formación profesional, y una vasta experiencia institucional permitirán al médico como a todos los profesionales de la salud cumplir su tarea de modo eficientemente.

La formación científica y la capacitación funcionan también como contención.

Para ser terapéutico, el sostén afectivo debe estar basado en el conocimiento.

7-Capacidad de control del “furor curandis”:

Este concepto lo mencionan Freud S., H.H.Strupp y J.L.Binder.

La experiencia nos indica que el impulso de “hacer algo”, aunque no haya nada activo que convenga hacer, se presenta con bastante frecuencia durante el tratamiento de los pacientes graves, sobre todo si son jóvenes.

La regresión que se produce en los enfermos en estas circunstancias, favorece sus mecanismos de idealización y proyección, lo que a su vez estimula el narcisismo del médico, ya que es muy “tentador” creer que se es tan maravilloso como piensa el paciente y que no hay otro que pueda ayudarlo o que quiera hacerlo.

Si el médico no está alerta a estos dinamismos, tenderá a sentirse poderoso, inteligente y omnipotente, corriendo el riesgo de actuar sin reflexión, embarcándose en situaciones complicadas, que a la postre, resultan muy difíciles de solucionar o de controlar.

Confirmación –Reconocimiento :

Confirmar es un modo de comunicación cuyo objetivo es que el interlocutor se sienta aceptado, reconocido y respetado independientemente de que se compartan o no sus ideas.

Esta acción terapéutica no es ilimitada ya que algunas personas con perturbaciones psiquiátricas importantes pueden hacer planteos, tener sentimientos o desarrollar conductas, que ningún profesional de la salud confirmaría.

Por ejemplo, las planificaciones suicidas u homicidas, las compulsiones a robar, a jugar patológicamente, las conductas adictivas, los pensamientos racistas, los actos exhibicionistas, las manipulaciones, la deshonestidad,

etc.

La confirmación se implementa mediante enunciados, comentarios e incluso, por medio de expresiones no verbales que producen en la persona a la cual van dirigidas un incremento en la autoestima y un fortalecimiento de las funciones del Yo.

Si el médico que sigue siendo una figura de autoridad merecedora de respeto y muchas veces también de admiración se dirige a su paciente haciéndole sentir que es una persona valiosa y respetable, el paciente se siente reconocido y valorizado, lo que funciona como un estímulo y motivación para su progreso personal.

La desconfirmación, en cambio, expresa indiferencia y negación de las experiencias y presencia del otro. Hace que las personas se sientan mal, descalificadas, dignas de menor consideración.

Expresiones confirmatorias :

Responder la pregunta del paciente .

Acordar – Fortalecer – Apoyar.

Estimular.

Empatizar.

Responder la pregunta del paciente :

Implica que se le está prestando atención y que su pregunta merece ser respondida.

Acordar – Fortalecer - Apoyar

Reforzar lo que el otro afirma, implica que dicha afirmación es válida.

Significa que lo que el otro dice es lo bastante inteligente y trascendente como para despertar la atención del que escucha.

Ej :

“Me doy cuenta de que tu planteo es muy útil”

“Tu punto de vista es muy interesante, me estimula a pensar”

“Me parece bien que tome el medicamento a la noche, así de paso lo ayuda a dormir mejor”

Expresar entendimiento, reforzar una conducta o una idea hace que el otro se sienta acompañado y sostenido.

Ej.:“Me doy cuenta de lo que quiere decir”

- ❖ “Con tu actitud, pienso que te irá bien”
- ❖ “Lo que dice parece razonable”
- ❖ “Me impresiona muy bien tu progreso”
- ❖ “Veo que estás adelantando”

- ❖ “Pienso que está actuando con prudencia”

Estimular :

Estimular la reflexión en el interlocutor por medio de preguntas, o repitiendo con otras palabras lo que éste expresa (parafrasear) o realizando señalamientos que inducen al otro a que se exprese o explique más.

Para el paciente significa ser el centro de atención del médico, porque lo que dice es considerado valioso.

Empatizar :

Las frases que implican comunicación empática, calidez, comprensión, escucha atenta, hacen que la persona que está contando algo lo sienta digno de despertar el interés de una figura de importancia como es el médico.

Actitudes que confirman al otro :

- ❖ -Modo relajado pero firme.
- ❖ -Amabilidad y calidez .
- ❖ -Mantener contacto visual.
- ❖ -Utilizar un tono de voz expresivo.
- ❖ -Evitar palabras técnicas.
- ❖ -Mantenerse cerca del paciente mientras se le habla.
- ❖ -No parecer serio ni preocupado.
- ❖ -Estar atento a lo que el paciente dice.
- ❖ -Recordar que el mundo médico, sus aparatos y rutinas les son extraños a los legos.

Expresiones desconfirmatorias :

- ❖ No responder las preguntas.
- ❖ Interrumpir.
- ❖ Irrelevancia - No pertinencia.
- ❖ Tangencialidad.
- ❖ Incoherencia.
- ❖ Incongruencia.

No responder las preguntas :

Implica que lo que la persona dijo no merece ser atendido ni contestado porque no tenía valor o porque la persona misma carece de valor.

Interrumpir:

Implica que lo dicho es tan poco relevante que no merece ser escuchado y además que produce impaciencia en el interlocutor.

Irrelevancia - No pertinencia :

Responder una pregunta anterior o continuar con lo que se estaba diciendo antes de la pregunta.
Descalifica dicha pregunta y al que la realizó.

Tangencialidad:

Responder breve y rápidamente, como una formalidad, como por obligación y de inmediato darle un giro diferente a la charla.

Ej.: "Qué pena que te duela la cabeza..., pero el otro día aunque el dolor de cabeza me mataba, fui al cine y vi aquella película tan interesante, de la que te había hablado....."

("Lo que dices está muy bien, pero ahora volvamos a lo nuestro...")

Incoherencia:

Responder a la pregunta con frases incompletas, o un largo discurso retórico lleno de giros, subfrases y generalizaciones, de tal modo que es muy difícil de seguir.

El otro se siente descalificado y además ignorante.

Incongruencia:

Actuar de modo discordante con el mensaje verbal.

Ej. : "Lo que me contás es muy interesante....," (mientras dice esto, toma una revista y la hojea).

(Se trata de un doble mensaje).

Actitudes desconfirmatorias :

Ejemplo

Paciente preocupado :

"Yo sé que frente a lo que tienen otros pacientes lo mío es una pavada....pero estoy preocupado y miedo-so.....".

Respuestas desconfirmatorias :

- "No se preocupe, la cirugía que le van a hacer es muy simple y rápida."

- "Por qué no se entretiene mirando la TV? Así el tiempo se pasa más rápido" .

- "Que no se diga!!!!!! Si fuera un parto ¿Qué haría?"

No se le permite al paciente hablar de sus temores.

Se lo descalifica minimizando su preocupación.

Se transmite la sensación de que efectivamente el personal de salud tiene cosas mucho más importantes que hacer y no puede perder tiempo con la pavada que le pasa a este enfermo.

La confirmación de los miembros del equipo de salud :

El personal del equipo de salud también necesita del reconocimiento y la confirmación de los pacientes y de sus propios colegas.

En la medicina actual algunas circunstancias del ejercicio profesional conspiran en contra de dicho reconocimiento: las presiones del tiempo, las rotaciones de las tareas, las guardias sobre todo en los médicos jóvenes, que por otra parte, son quienes más necesitan ser confirmados.

A ningún profesional de la salud le agrada ser tratado como si su tarea fuera insignificante o como si sus propuestas fueran poco útiles o poco interesantes.

Son actitudes desconfirmatorias: cuando un colega modifica la medicación que otro indicó sin consultarlo previamente o, por lo menos, sin decirle al paciente que "comience con la modificación y que él hablará con el otro profesional para informarle"; cuando el psiquiatra sugiere espaciar las consultas con el psicólogo o viceversa, sin acuerdo previo con el otro profesional; cuando los encargados de estudios especiales informan a los pacientes antes que al médico de cabecera y tantas otras formas de comportamiento que dan a entender que el otro profesional involucrado es en realidad de menor jerarquía médica y/o científica.

Estas conductas implican una minimización tácita de la importancia de la tarea que el otro colega está realizando. Este es un mensaje que los pacientes perciben perfectamente y socava la relación con alguno de los dos miembros intervinientes, dependiendo ello de la fortaleza de la alianza terapéutica y la confianza establecidas . También termina destruyendo la idea del trabajo en equipo y favorece las manipulaciones de algunos pacientes.

Resumen

Asimetría de la relación terapéutica- La alianza terapéutica

La relación médico-paciente es asimétrica desde el punto de vista de los roles que ambos desempeñan. El paciente es quien necesita ser ayudado a recuperar su salud .El médico es quien posee los conocimientos y las habilidades para satisfacer dicha necesidad.

Sin embargo a pesar de la asimetría propia de esta relación , hay que tener siempre presente que esto no significa desigualdad de los miembros de ésta.

Por otra parte, para que el paciente pueda ser ayudado ,es necesario que se desarrolle en él una actitud de cooperación y confianza , llamada alianza de trabajo o alianza terapéutica.

La alianza puede perturbarse por el enojo del paciente con su médico. Casi siempre se trata de una reacción transferencial (interpretaciones de abandono, celos de otros pacientes).

Las actitudes excesivamente cariñosas hacen sentir al paciente que es el "enfermo favorito", lo que exacerba celos infantiles.

Escucha comprensiva y alianza cómplice: diferencias.

Mecanismos de defensa: identificación, contraidentificación, manipulación.

Los malentendidos. Las proyecciones. Confianza y alianza.

La transferencia:

Es un fenómeno universal, que el psicoanálisis describe y estudia como un instrumento de la terapia psicoanalítica que puede ser aplicada a la relación médico-paciente. (Momento afectivo de Laín Entralgo). Consiste en la superposición inconciente del pasado infantil del paciente con el presente, de tal manera que en sus conductas en el curso del tratamiento, la transferencia aparece como comportamientos inadecuados, como afectos desajustados que no corresponden ni en calidad ni en magnitud a la situación real.

La contratransferencia

Se trata de emociones que el médico percibe frente a los pacientes consecuencia de la interacción entre la transferencia y sus propias experiencias de vida. Pueden ser positivas o negativas, siendo en este último caso más difíciles de aceptar, especialmente si el médico tiene una imagen idealizada de sí mismo.

Si un médico no puede corregir una contratransferencia negativa, es correcto que derive a su paciente hacia un colega que pueda actuar con la distancia operativa adecuada y generar una alianza de trabajo útil.

Empatía

Covivenciar (sentir la vivencia emocional del paciente en el propio interior) es empatizar.

Esta emoción "contagiada" no es una reacción a lo que el paciente siente, sino una masiva identificación transitoria.

Cuando se acompaña al otro sin covivenciación se habla de simpatía.

El método de la comprensión psicológica consiste en:

- ❖ 1º- Empatizar.
- ❖ 2º- Tomar distancia.
- ❖ 3º- Valorar

Es difícil preparar a los pacientes para realizar estudios complejos sin comprensión de los miedos que sienten.

Características semiológicas de la que escucha empáticamente: tipo de contacto visual, postura corporal, cualidad y contenido verbal.

Barreras en la escucha empática: falta de disposición, dificultad para relajarse y concentrarse plenamente en el paciente, falta de tiempo, ruidos e interrupciones, las características de la personalidad del paciente.

La confianza

Confianza general, capacidad que tienen las personas de confiar en los otros.

Confianza específica se refiere a la que se deposita en otro en una relación particular.

Confianza ciega e idealización.

La confianza se genera sobre la base del respeto al paciente como persona, la honestidad profesional y la coherencia a través del tiempo.

Existen comunicaciones que debilitan la confianza y otras que la favorecen:

Juzgar vs. comprender, autoritarismo vs. cooperación, manipulación vs. honestidad, desinterés vs. empatía, superioridad vs. igualdad, rigidez vs. flexibilidad.

Actitudes Terapéuticas:

Tolerancia discriminada, disponibilidad del paciente y del médico, escucha imparcial, compromiso condicional, responsabilidad, capacidad de tomar decisiones, capacitación profesional, capacidad para controlar el "furor curandis".

Confirmación –Reconocimiento:

Confirmar es un modo de comunicación que tiene como objetivo que nuestro interlocutor se sienta aceptado, reconocido y respetado independientemente de que compartamos o no sus ideas, (siempre que éstas no sean francamente patológicas).

La desconfirmación, en cambio, expresa indiferencia y negación de la importancia de las experiencias y presencia del otro. Hace que las personas se sientan mal, descalificadas, dignas de poca consideración.

Expresiones confirmatorias: responder la pregunta del paciente, acordar, fortalecer, apoyar, empatizar.

Expresiones desconfirmatorias: no responder las preguntas, interrumpir. Comportarse con irrelevancia, no pertinencia, tangencialidad, incoherencia, incongruencia,

Actitudes que confirman al otro: Modo relajado pero firme, amabilidad y calidez, mantener contacto

visual, utilizar un tono de voz expresivo, evitar palabras técnicas, mantenerse cerca del paciente mientras se le habla, no parecer serio ni preocupado, estar atento a lo que el paciente dice.

Recordar que el mundo médico, sus aparatos y rutinas les son extraños a los legos.

La confirmación de los miembros del equipo de salud :

El personal del equipo de salud también necesita del reconocimiento y la confirmación de los pacientes y de sus propios colegas.

Referencias:

32- Identificación : proceso psicológico mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y lo hace propio. (página 137)