Humanidad y empatía

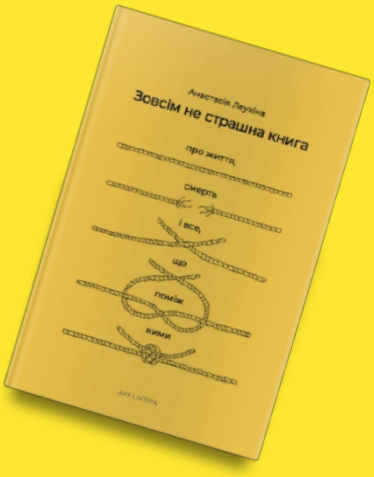
en la atención sanitaria

manual para docentes

Idea y coordinación
Anastasia Leukhina

«Un libro nada aterrador sobre la vida, la muerte y todo lo que hay entre ellas»: una guía rápida concebida como manual para quienes se enfrentan a una enfermedad grave que pone en peligro su vida, o para quienes buscan ansiosamente respuestas sobre cómo ayudar a un ser querido a superar una situación determinada. Un diagnóstico incurable sigue «tachando» en el paciente a la persona con todas sus necesidades y sentimientos; sin embargo, «Un libro nada aterrador sobre la vida, la muerte y todo lo que hay entre ellas» muestra que todo puede y debe ser diferente. Este libro
es un puente para que los médicos se acerquen a los sentimientos del paciente. Un puente para que la sociedad se acerque a las personas gravemente enfermas. En definitiva, es un puente para que los pacientes se acerquen a sí mismos. Porque toda persona, independientemente de cualquier enfermedad, tiene derecho a una vida digna y a la alegría.

http://non-scary.org/



ONG «Horizontales»: aportamos humanidad a la asistencia sanitaria

Un equipo de personas con ideas afines que fomenta las relaciones horizontales entre las personas en los ámbitos de la medicina y la educación, y lleva a cabo una campaña educativa dirigida a profesionales sanitarios y pacientes con el fin de defender la dignidad de toda persona cuya vida se vea «marcada» por el diagnóstico que ha recibido.
Gracias a la labor de la organización y sus socios, los familiares pueden permanecer en la UCI junto a los pacientes las 24 horas del día (Orden del Ministerio de Salud n.º 592), y decenas de miles de ucranianos cuyos hijos se encuentran en la UCI disponen ahora de una guía con consejos titulada «Con el niño en la UCI: preguntas y respuestas».

Esta publicación se ha editado en el marco del proyecto ucraniano-suizo «Desarrollo de la educación médica», que lleva a cabo en Ucrania el Instituto Suizo de Salud Tropical y Pública (Swiss TPH) con el apoyo de la Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación (SDC).

Directora de la oficina del proyecto:
Dra. Tetiana Stepurko
tetiana.stepurko@mededu.org.ua

Líder del proyecto:
Martin Raab, jefe de departamento del Centro Suizo de Salud Internacional, Instituto Suizo de Salud Tropical y Pública (Swiss TPH)
Socinstrasse 57, 4051 Basilea, Suiza
martin.raab@swisstph.ch

Datos de contacto de la oficina en Kiev:
C/ Luteranska, 6B, apto. 43, 01001 Kiev, Ucrania Teléfono:
+380 44 384 10 09
mededu.org.ua

MedEduUkraine

Desarrollo de la educación médica

Leukhina A. G.,
Bohdan D. B., Borovyk
I. O., Havrysh T. S.,
Haliash N. B.
Gvardovska, O. O.; Golovin,
O. A.; Goretska, A. M.;
Gorska, O. V.
Gusak, S. R.;
Ignashchuk, O. V.;
Kakhnova, M. G.;
Korotun, O. P.;
Kostyuk, O. O.;
Movchan, I. V.;
Petrynych, O. A.
Povar, N. A.;
Rudakova, N. E.;
Sendetska, T. M.;
Tykholaz, Yu. V.;
Turpakova, Yu. O.;
Kharitonov, O. V.;
Shunko, Ye. Ye.;
Shchudrova, T. S.

HUMANIDAD Y EMPATÍA EN LA ATENCIÓN SANITARIA

MANUAL PARA DOCENTES

MAESTRO DE LIBROS
KIEV
2022

UDC

Leukhina A. G.

Bogdan D. B., Borovik I. O., Gavrysh T. S., Galiash N. B., Gvardovska O. O., Golovin O. A., Goretska A. M., Gorska O. V., Gusak S. R., Ignashchuk O. V., Kakhnova M. G., Korotun O. P., Kostyuk O. O., Movchan I. V., Petrynych O. A.,
Povar N. A., Rudakova N. E., Sendetska T. M., Tykholaz Yu. V., Turpakova Yu. O., Kharitonov O. V., Shunko E. E., Shchudrova T. S.

Humanidad y empatía en la atención sanitaria. Manual para docentes. – Kiev : Maister knig : 2022. – …….p., il.

ISBN

El manual «Humanidad y empatía en la atención sanitaria» es la primera publicación ucraniana dedicada a cómo impartir en las instituciones de educación superior médicas disciplinas relacionadas con el enfoque centrado en el paciente, que también debe ser interdisciplinario. El manual se ha elaborado siguiendo los pasos del curso de formación ucraniano-suizo «Humanidad y empatía en la atención sanitaria» para profesionales sanitarios y docentes, en el marco del proyecto «Desarrollo de la educación médica». Los coautores destacan la importancia excepcional de un enfoque centrado en la persona, en contraposición al paternalista, a la hora de prestar asistencia médica en todas las etapas: asesoramiento, diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación. Los profesionales sanitarios — médicos y enfermeros— deben desarrollar las competencias necesarias para fomentar el respeto y la empatía en la comunicación con los pacientes ya durante su formación en la institución de educación superior.

El manual tiene como objetivo mejorar el nivel general de calidad de la comunicación, con el fin de fomentar en cada caso la confianza y la cooperación en pro de la salud. La publicación contiene materiales teóricos sistematizados y desarrollos prácticos basados en conocimientos actuales sobre la comunicación digna, la ética y la empatía, y destinados a resolver los retos urgentes de la actualidad en materia de bienestar humano.

Esta publicación ofrece numerosas herramientas para actuar de forma profesional en situaciones complejas, a la hora de comunicar malas noticias y para mantener una comunicación respetuosa durante las consultas médicas. Además, incluye listas de verificación para el personal sanitario y los pacientes: guías que resultarán de gran ayuda para cualquier persona involucrada en cuestiones de asistencia médica.

El manual está dirigido a profesionales sanitarios dedicados a la formación, a personal médico de todas las especialidades y niveles, así como a pacientes y coordinadores de grupos de pacientes y otras comunidades.

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de este libro puede ser reproducida, copiada o utilizada de cualquier otra forma sin el permiso por escrito del titular de los derechos de autor.

© Anastasia Leukhina, 2022
© Proyecto ucraniano-suizo «Desarrollo de la educación médica», 2022
© Alina Borisova, diseño 2022

Людяність та емпатія

en el ámbito de la salud

manual para docentes

Idea y coordinación: Anastasia Leukhina

Enlace a la versión electrónica:
mededu/library/ludianist-ta-empatia

Esta publicación se ha elaborado en el marco del proyecto ucraniano-suizo «Desarrollo de la educación médica», ejecutado en Ucrania por el Instituto Suizo de Salud Tropical y Pública (Swiss TPH) con el apoyo de la Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación (SDC). El proyecto está financiado por la Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación. Las opiniones e ideas presentadas en esta publicación pertenecen a los autores y no reflejan necesariamente las opiniones de la Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación.

UDC ISBN

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Швейцарська Конфедерація

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Бенефіціар проекту

Swiss TPH

Swiss Tropical and Public Health Institute
Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut

РОЗВИТОК МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ
УКРАЇНО-ШВЕЙЦАРСЬКИЙ ПРОЕКТ

ГОРИЗОНТАЛІ

ÍNDICE

Prólogo del equipo del proyecto 11
Cómo surgió la idea de desarrollar el curso 17
¿Por qué la humanidad y la empatía son temas de actualidad? 21
¿Qué hemos aprendido de la encuesta sobre la disposición de los médicos para trabajar con personas y sobre la demanda de humanidad por parte de los pacientes? 22
¿Cómo surgió esta guía? 26
Equipo de autores del curso 29
¿Cómo puede utilizar este manual? 46
Casos de éxito en la implementación del curso 47

PARTE I

Formato de enseñanza y su adaptación a las necesidades de los distintos públicos destinatarios 55
Marco de contenidos del curso 58
Cómo se puede utilizar «Un libro nada de miedo...» 61
El papá de Yulia 62
¿Cómo sabemos que el enfoque centrado en el paciente funciona? 63

Tema 1. El enfoque centrado en la persona 69
Una historia sobre la dignidad, el derecho a elegir y la última calada de un cigarrillo 73

Tema 2. La empatía 77
¿Cómo aportar un toque humano a la medicina? 79
La historia de Natalia, que no acude al médico hasta que «se quema» 79

Tema 3. La confianza en la relación con el paciente. La consulta como espacio para construir una relación de colaboración 87
La historia de Ivanna y el neurocirujano sensible 89

Tema 4. La subjetividad y la autonomía del paciente. Los límites profesionales. 95
La historia de la madre de María y los dilemas del tratamiento 97

Tema 5. Confidencialidad 103
La historia de una joven médica y su burla hacia un hombre gay seropositivo 105

Tema 6. Estados emocionales de crisis y malas noticias 111
La historia de Tatiana y la noticia en el sobre 113

Tema 7. Conflictos y conversaciones difíciles 119
La historia de la abuela combativa y el anestesista malhablado 121

Tema 8. Tolerancia y diversidad: cómo y por qué trabajar con personas **diferentes** 127
La historia de Andriy y la médica de familia que le cambió la vida 129

PARTE II
Materiales didácticos recopilados y elaborados para las clases de los temas del curso

Tema 1. Enfoque centrado en la persona 137
Parte 1. Materiales teóricos 141
Parte 2. Tareas prácticas. Caso para debatir 149

Tema 2. Empatía 159
Parte 1. Materiales teóricos 163
Parte 2. Tareas prácticas 169
Exploración y toma de conciencia de las propias experiencias como la otra cara de la empatía 177

Tema 3. La confianza en la relación con el paciente. La consulta como espacio para construir relaciones de colaboración 191
Parte 1. Materiales teóricos 195
Modelo de consulta clínica de Calgary-Cambridge 195
Parte 2. Tareas prácticas 206

Tema 4. La subjetividad y la autonomía del paciente. Límites profesionales. 213
¿En qué se diferencia este capítulo de los demás en cuanto a contenido y estructura? 216
Parte 1. Materiales teóricos 217
Subjetividad y límites 220
Cómo proporcionar correctamente la información al paciente y determinar el nivel de detalle necesario para que cada uno para tomar una decisión conjunta 223
Parte 2. Tareas prácticas 244

Tema 5. Confidencialidad 247
Parte 1. Materiales teóricos 251
Los conceptos de «información» e «información confidencial» 251
Autonomía, sus principios, el concepto de «consentimiento informado» 252
La privacidad y los principios para su consecución. 253
Parte 2. Ejercicios prácticos 258

Tema 6. Estados emocionales de crisis y malas noticias 261
Parte 1. Materiales teóricos 265
Cómo dar malas noticias 265
Cuidados al final de la vida 272
Notificación de fallecimiento 274

Estados emocionales de crisis 274
Ayuda psicológica en caso de pérdida grave 279
Parte 2. Tareas prácticas 282
Libros y películas sobre crisis vitales 286

Tema 7. Pacientes en situaciones complejas. Conflicto 289
Parte 1. Materiales teóricos 293
Parte 2. Tareas prácticas 300

Tema 8. Tolerancia y diversidad 305
Parte 1. Materiales teóricos 309
Discriminación 309
Comunicación intercultural y diversidad cultural 313
Parte 2. Ejercicios prácticos 337

En lugar de un epílogo 341
La historia de la madre de Alla y la importancia de elegir bien las palabras 342
Listas de verificación para profesionales sanitarios y pacientes 347
Lista de verificación básica sobre la dignidad para el personal sanitario 351
Lista de verificación básica sobre el respeto para el paciente 355

Palabras de apoyo de líderes de opinión 360
Agradecimientos 363

PRÓLOGO DEL EQUIPO DEL PROYECTO

Tetiana Stepurko
directora de la oficina de implementación
ukr.nor-suec. del proyecto «Desarrollo
medico del mundo», profesora de la
universidadde «Academia de Kiev-Mohyla»



El mundo está cambiando. En los ámbitos profesional y social surgen nuevas incertidumbres que nos hacen sentir inseguros. Ahora mismo, miramos hacia atrás con una perspectiva renovada y ya vemos que la forma en que antes afrontábamos las rutinas y las dificultades ya no nos satisface, y probablemente tampoco a nuestro entorno, y tal vez incluso a la sociedad en su conjunto. En un momento determinado de nuestra vida profesional, nos damos cuenta de que tenemos una laguna en nuestros conocimientos o habilidades, pero no vemos dónde podríamos aprender algo nuevo. Observamos la aparición de nuevas soluciones destinadas a facilitar la resolución de los retos que se nos plantean.

Profesiones innovadoras, actuales y relevantes; conocimientos, habilidades y formas de adquirirlos: eso es lo que surge de una educación sana. La educación y el espacio adecuado, creado junto a quienes aspiran al desarrollo, aportan motivación y confianza, y sirven de estímulo y base para el desarrollo profesional y personal.

El proyecto ucraniano-suizo «Desarrollo de la educación médica» es una plataforma que ayuda a los formadores en el ámbito médico, a los médicos y a las enfermeras a adquirir nuevas habilidades y conocimientos de forma cómoda y profunda, rodeados de profesionales igualmente comprometidos y competentes. La consultora del proyecto, Anastasia Leukhina, es una maestra en cambiar para mejor pequeñas partes de este mundo. Al recopilar en su libro «Un libro nada aterrador…» historias de pacientes, sus familiares, médicos, enfermeras y gestores, nos ha hecho comprender que el dolor existente debe aliviarse. Este dolor surge a causa de situaciones complejas en el ámbito de la salud. No es tanto físico como humano. Tiene que ver con las actitudes, la comunicación, los valores de la humanidad y la dignidad.

El proyecto propuso a Anastasia, basándose en los casos de «Un libro nada aterrador...», desarrollar un producto educativo que ayudara a los estudiantes de las instituciones de educación médica superior y a los profesionales —médicos y enfermeras— a romper el círculo de malentendidos y acusaciones mutuas y a emprender un nuevo camino de colaboración y actitud empática. No faltó tampoco una idea «oculta» (al estilo de los currículos ocultos): durante seis meses, los formadores médicos trabajaron codo con codo en el desarrollo del curso, aprendiendo (learning by doing) el enfoque por competencias en la educación bajo la tutela de Anastasia.

El calendario marca el final de este complicado año 2021, y ya se han dado los primeros pasos hacia una atención médica más digna. Un grupo de formadoras en el ámbito médico, junto con Anastasia, ha elaborado esta guía orientativa. Creemos que las herramientas propuestas y las habilidades que adquieran servirán de impulso para la publicación del nuevo libro de Anastasia sobre la interacción digna y humana entre pacientes y profesionales sanitarios. A mí, personalmente, esto me dará la seguridad de que vivimos en un mundo que valora la vida humana.



Anastasia Leukhina,
consultora del proyecto ucraniano-suizo «Desarrollo de la educación médica», formadora y facilitadora, presidenta de la ONG «Horizontales», autora de «Un libro nada aterrador...» y profesora de la Escuela de Economía de Kiev

Empecé a trabajar en el ámbito de la salud con una lucha. Mi hijo recién nacido, Maksymka, murió tras las puertas cerradas de la UCI. Su abuela estuvo de pie en la fría escalera, junto a la puerta, aquella noche. Nadie le informó sobre Maksymka ni le dio la oportunidad de despedirse. A menudo recuerda las paredes bajo aquellas puertas, repletas de anuncios. Esos carteles contenían muchas prohibiciones y estaban redactados en un tono como si estuvieran destinados a los reclusos de una prisión de máxima seguridad, y no a unos padres angustiados por el estado crítico de su propio hijo. Las prohibiciones y las exigencias estrictas dolían, la imposibilidad de estar con el niño traumatizaba, y la falta de información mataba.

La campaña #пуститевреанимацию, que fundé junto con otras madres, se convirtió en uno de los primeros movimientos de base de pacientes en Ucrania, que no solo luchó contra el sistema, sino que también consiguió para las personas el derecho a estar junto a sus familiares cuando estos se encuentran en la UCI. Fue una gran victoria: el Ministerio de Sanidad aprobó la orden y, como comunidad de pacientes, sentimos el poder de la unión.

Pasaron los años, y la práctica del acceso variaba mucho de un hospital a otro: la orden era la misma, pero el personal sanitario y los administradores de los centros eran diferentes. En algunos hospitales, las visitas eran libres las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Otros infringían la orden, estableciendo horarios de visita o manteniendo las puertas cerradas. Nuestra encuesta a pacientes y visitantes reveló que sus principales motivos de queja son la falta de acceso, la información insuficiente sobre el paciente y el mal trato por parte del personal sanitario. Los pacientes y sus familias tienen una gran demanda de una mejor comunicación.

Me di cuenta de que no basta con ordenar a los médicos y al personal administrativo que abran las unidades de cuidados intensivos. Es importante cambiar el paradigma de las relaciones entre el personal sanitario y los pacientes. He estudiado mucho sobre facilitación, en gran medida para disponer de herramientas que ayuden a pacientes y médicos a entenderse mejor. Gracias a mi formación profesional en el ámbito de la pacificación, a veinte años de docencia en negociación y comunicación, y a diez años de estudio de la psicología procesal, logré aportar conocimientos sobre resolución de conflictos a esta interacción.

Esto exigió investigar fenómenos y experimentar con diferentes formatos: desde formar al personal sanitario para compartir herramientas de comunicación, hasta mantener diálogos terapéuticos para escuchar y comprender su dolor. Para mi sorpresa, había mucho dolor. Conocía las diferentes dimensiones del dolor de los pacientes, pero no era consciente de que los médicos y las enfermeras también sufrían, ni de cómo era ese dolor, ni de por qué se resistían tanto a la apertura y la honestidad en las relaciones.

Estos diálogos, junto con mi trabajo interior y mi propia terapia para superar traumas, han cambiado mi visión de la relación entre el personal sanitario y el paciente. Antes atribuía toda la responsabilidad de esta relación al personal sanitario y los consideraba culpables de muchos problemas. Ahora entiendo que esta relación es nuestra responsabilidad compartida. Que el paciente y el médico o la enfermera son responsables, en pie de igualdad, de la calidad del diálogo y del nivel de confianza mutua. Y la confianza influye directamente en los resultados del tratamiento. Y es importante que aprendamos a establecer este diálogo desde ambos lados.

Por eso, este curso y este manual son un estudio sobre cómo pasar del paternalismo o el consumismo a una verdadera colaboración. Todavía nos queda un largo camino por recorrer, y me alegra muchísimo que hayamos logrado reunir a este equipo de coautores y encontrar la oportunidad de dar estos primeros pasos juntos.



Olena Ignashchuk,
Coordinadora del proyecto ucraniano-suizo «Desarrollo de la educación médica»

Soy médica de formación y tengo experiencia como profesora en una facultad de medicina. A lo largo de todas las etapas de mi formación —en la universidad, en el máster, en la residencia y en el doctorado— sentí que me faltaban conocimientos sobre cómo tratar con las personas. Tuve suerte con mis profesores: son personas maravillosas que, con su propio ejemplo de actitud empática, demostraron que es posible un trato humano en la medicina.

Sin embargo, esto no formaba parte del plan de estudios. Durante las clases no recibí ninguna herramienta, algoritmo o esquema de comunicación en medicina relacionado con las prácticas del enfoque centrado en la persona. Solo los esquemas médicos estándar de la entrevista típica y la recopilación de la anamnesis.

¿Cómo salir de situaciones complicadas? ¿Cómo dar malas noticias a la gente? ¿Cómo comunicarse con las diferentes personas que acuden a tu consulta? Todo eso lo hacía de forma intuitiva, basándome en mis propias ideas, en lugar de apoyarme en conocimientos y habilidades.

Cuando leí «Un libro nada aterrador...» de Anastasia Leukhina[1], me entristeció mucho descubrir que los pacientes se encuentran tan a menudo en situaciones en las que no hay entendimiento con el personal sanitario, en las que reciben poco o ningún apoyo del que necesitan cuando se quedan solos con sus miedos y su dolor, y que los profesionales sanitarios no suelen poseer los conocimientos y habilidades que les ayudarían a comunicarse con los pacientes con humanidad y empatía.

[1] Anastasia Leukhina. Un libro nada aterrador. Sobre la vida, la muerte y todo lo que hay entre ellas. - Kiev: Dukh i Litera, 2020. - 368 p.

Cuando el equipo del proyecto empezamos a debatir la idea de crear este curso y este manual, sentimos una increíble sensación de inspiración al saber que estábamos haciendo algo importante y útil. Algo importante en cada etapa de la educación —la superior y la de posgrado—, importante para los médicos y las enfermeras. Y lo más importante: importante para los pacientes, que quieren que se les escuche, que se tenga en cuenta su opinión a la hora de tomar decisiones, que se respeten sus límites y que el médico pueda apoyarles en situaciones difíciles.



María Khrapachova, editora, fundadora del estudio «Más allá del texto»

Conocí el manual «Humanidad y empatía en la atención sanitaria» en una etapa en la que la publicación iba a ser un pequeño manual, un soporte de las ideas principales propuestas por las participantes del proyecto ucraniano-suizo
«El desarrollo de la educación médica». El borrador del manual consistía en una serie de tablas con explicaciones recopiladas en un documento de Google Docs. Leía y me sorprendía a mí misma sintiendo que, por fin, se estaba cumpliendo un deseo mío muy importante y profundo, y deseaba con todas mis fuerzas que esos textos se pulieran, se completaran y se reunieran no solo en una cadena lineal, sino en un poliedro coherente y resplandeciente.

En los meses siguientes, el manual se multiplicó por diez y se convirtió en el futuro manual, en el que los antiguos comentarios a las tablas ya constituían el «contenido» completo de todo lo que deben asimilar los profesionales sanitarios a los que se va a formar. Humanidad, ética, comunicación ecológica, prioridad de la dignidad humana personal en cualquier situación en la que participen profesionales sanitarios y pacientes, empatía, confianza y cooperación en aras de la salud.

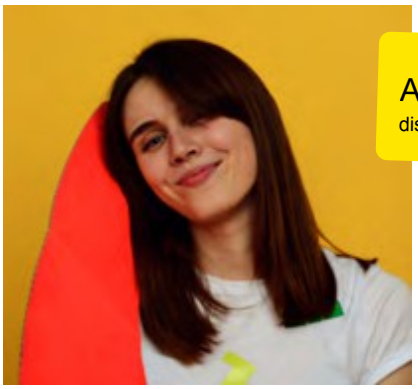
Los materiales del manual se agruparon en dos partes: los fundamentos metodológicos y las directrices, junto con ejemplos e historias, en la primera, y los contenidos didácticos concretos, en la segunda. Algunos capítulos del manual suscitaron dudas sobre si los temas adyacentes eran realmente similares en cuanto a densidad de contenido, y si todo lo relevante se había incluido en ellos y había encontrado el lugar y la forma de expresión adecuados.

Algunos temas plantearon «dificultades», ya que hay cosas que no son complejas en sí mismas, sino en función de los contextos y la experiencia personal de las personas —profesionales sanitarios y docentes— que se encargaron de traducir el enorme volumen de conocimientos humanísticos no médicos actuales para sus colegas. Estos conocimientos y habilidades son avanzados y novedosos, son deseables y es hora de que se incorporen a la medicina.

Observar hasta qué punto el trabajo de los coautores del manual resultó en ocasiones complicado demuestra que para estas personas, pioneras, es muy, muy importante que la humanidad, la empatía y la comunicación ecológica se conviertan en conceptos comprensibles y de uso generalizado para la comunidad médica. Una y otra vez me sorprende la fuerza de la motivación de estas personas. Porque el trabajo de los coautores del manual es importante para todo el sistema de salud y, por lo tanto, para cada persona, ya que todos somos pacientes en algún momento.

La mayoría de los materiales del manual van precedidos de los nombres de quienes han trabajado en ellos. Todo lo demás ha sido escrito por Anastasia Leukhina.

Mi siguiente deseo es esperar a que, a partir de esta publicación, se creen cursos de formación en las facultades de medicina y los graduados empiecen a poner en práctica un enfoque centrado en el paciente, y todo ello contribuya a una atención sanitaria más saludable, además de generar una retroalimentación fructífera que permita crear una próxima versión del manual sobre humanidad y empatía aún más perfeccionada.



Alina Borisova,

diseñadora gráfica, cofundadora del proyecto Intozine

Me encanta trabajar en proyectos que las personas crean desde su impulso interior, como la obra de su vida, y que pueden cambiar algo en el mundo. El tema de la empatía me atrajo mucho cuando Anastasia me propuso participar en la elaboración de esta publicación, diciéndome que quería que «aportara mi calidez y mi empatía» a este proyecto. La empatía es mi fuerza, y quiero llevarla a los proyectos en los que participo.

CÓMO SURGIÓ LA IDEA DE DESARROLLAR EL CURSO

Al observar los diálogos dentro de las comunidades médicas y de pacientes, así como las historias que aparecen en los medios de comunicación, se puede constatar que existe bastante tensión entre los pacientes y los profesionales sanitarios. A los profesionales sanitarios les cuesta soportar la carga de trabajo, están agotados por el cansancio y el agotamiento emocional, y se sienten tensos debido a la gran inestabilidad dentro del sistema sanitario y a la falta de resolución de un montón de cuestiones financieras, legales y sociales en el lugar de trabajo. Están agotados por los conflictos internos y, a menudo, trasladan esa tensión al exterior, a las relaciones con los pacientes y sus familias. El personal sanitario necesita reconocimiento y gratitud —por parte del Estado, de la dirección, de los pacientes y de la sociedad en general—, pero no los recibe en la medida suficiente.

Los pacientes, por su parte, también están en guardia. Sus propias experiencias y las historias ajenas les dan muchos motivos para sentir miedo y desconfianza. A menudo, los pacientes se ven atrapados en los cambios organizativos. Se quejan de que no solo no reciben el respeto y la comprensión suficientes, sino que ni siquiera obtienen información básica sobre su estado de salud (el suyo o el de sus familiares). La tensión en los pasillos y las salas de los centros sanitarios, provocada por el bajo nivel de confianza, crea una atmósfera bastante hostil en la que todas las partes se sienten incómodas: ni los médicos ni los pacientes se sienten seguros.

Esta situación se debe a varios factores. Estos son:

En primer lugar, **la cultura autoritaria de interacción dentro de los hospitales, que fomenta un enfoque paternalista en el trato con los pacientes**. Dentro de la profesión médica hay muchos modelos de comportamiento que reflejan una actitud condescendiente hacia el personal y los pacientes, pero muy pocos modelos de respeto y colaboración. Los jóvenes especialistas observan a los maestros experimentados y reproducen ese estilo en su trabajo.

En segundo lugar, **la falta de formación en comunicación y en gestión de las emociones propias y ajenas en los programas de formación de médicos y enfermeros.** Muchos médicos y enfermeros quieren mejorar la comunicación y resolver conflictos, pero simplemente no saben cómo hacerlo. Toda su formación previa se centró en el trabajo con el cuerpo y la enfermedad; se prestó poca atención al trabajo con las personas.

Toda la formación del personal sanitario se ha centrado en torno al trabajo con el cuerpo y la enfermedad; al trabajo con las personas se le prestaba poca atención

En uno de los capítulos de «Un libro nada aterrador...» se describen las bajas expectativas de los pacientes respecto al personal sanitario. Es decir, para no decepcionarse, no esperes nada. Nosotros, el equipo del proyecto de este manual, queremos cambiar esta situación. Elevar el nivel de calidad en las relaciones, crear un espacio para la interacción en colaboración y aumentar el nivel de satisfacción en la relación entre el profesional sanitario y el paciente, al tiempo que nos preocupamos por los recursos emocionales de los profesionales sanitarios.

¿Qué se puede esperar del personal sanitario?

Por ahora, hay que reconocer lo evidente: la mayoría de los médicos y enfermeros ucranianos no saben cómo comunicar adecuadamente a las personas un diagnóstico grave o una muerte. Los pacientes señalan que los profesionales sanitarios evitan estas conversaciones, con la esperanza de que otra persona lo haga por ellos. Pero esa otra persona nunca aparece. Hablar con los pacientes y sus familiares sobre enfermedades incurables o la muerte es una parte importante, aunque muy compleja, de la práctica médica. Y parece mil veces más difícil debido a la falta de habilidades y formación adecuadas por parte del personal sanitario, y a veces incluso de recursos emocionales propios.

Nos gustaría pensar que, en los momentos críticos, los médicos y todas las personas que están en contacto con el paciente mostrarán comprensión, ofrecerán apoyo psicológico y consejos mesurados. En realidad, la mejor estrategia para los pacientes y sus familias es no tener expectativas. El comportamiento del personal sanitario en estas situaciones puede variar mucho y depende de cada persona y de su estado. Así que, si te ha tocado un médico humano, alégrate y da las gracias; si no, intenta no entristecerte y no malgastes energías en enfadarte.

La mejor estrategia es no tener expectativas

Los profesionales sanitarios también sufren mucho ante las malas noticias sobre sus pacientes, pero no están capacitados para apoyarse a sí mismos ni a los enfermos. Sufren un fuerte agotamiento emocional también porque, en el contexto ucraniano, no se prevén días libres ni asistencia psicológica especializada durante el periodo en el que necesitan sobrellevar la situación

ante la muerte de un paciente. A menudo, ellos también se sienten impotentes o se enfadan por no haber podido salvarlo, y evitan el contacto con los familiares del paciente fallecido, entre otras cosas, para no mostrar los verdaderos sentimientos con los que no saben cómo lidiar.

A veces, evitar las conversaciones es la única forma conocida de prevenir el agotamiento y conservar la energía. Así ocurre que los pacientes y sus familias, en cierto sentido, se quedan solos con las malas noticias que no se les han comunicado[1] .

Por lo tanto, este manual es un intento de integrar la formación práctica en comunicación y gestión de conflictos en la práctica médica. En lugar de una actitud de superioridad y falta de respeto hacia los pacientes, estamos creando una cultura de humanidad y apertura en la construcción de las relaciones entre el personal sanitario y los pacientes. Son precisamente las buenas relaciones las que constituirán el principal indicador de calidad y eficacia en la medicina del futuro. Y hay que saber construirlas y desarrollarlas.

[1] Anastasia Leukhina. Un libro nada aterrador. Sobre la vida, la muerte y todo lo que hay entre ellas. – Kiev: Dukh i Litera, 2020. – 368 p.

En lugar de una actitud prepotente y de falta de respeto hacia los pacientes

Creamos el firmware y la arquitectura

El nuevo software tiene varios componentes: un manejo correcto de las jerarquías mediante la transición de relaciones paternalistas a relaciones de colaboración, una comunicación de calidad y el manejo de situaciones conflictivas.

Los rangos son privilegios, fuentes de subjetividad y poder de la persona en diversos contextos. Pueden ser de diversa índole: por ejemplo, profesionales, sociales, psicológicos o espirituales. En la relación entre paciente y médico, ambas partes tienen un rango. En el caso del médico y la enfermera, este se basa en los conocimientos y la experiencia acumulados a lo largo de años o décadas de trabajo.

En el paciente: en su experiencia con su propia vida, sus valores y su comprensión de su camino y su responsabilidad respecto a su salud. En la realidad ucraniana, a menudo se observan desequilibrios en el uso de los rangos: el paciente no sabe o menosprecia su propio rango y poder, mientras que el médico, exagerando sus competencias, abusa de su rango y decide por el paciente, lo que devalúa el rango de este como paciente. Esto hay que cambiarlo, ante todo para proteger al médico de una responsabilidad excesiva y de las acusaciones. Y para reducir la presión psicológica sobre él o ella. Por eso hablaremos de la necesidad de pasar de un enfoque paternalista a un formato de relación de colaboración con los pacientes.

Una buena comunicación es la herramienta fundamental para generar confianza y hacer frente a prácticamente todos los retos. Todo se puede resolver mediante el diálogo. Una comunicación de calidad —sencilla y bien pensada— está salvando muchas vidas del COVID (y no solo eso). La mala comunicación mata. A veces, en el sentido literal de la palabra.

Los conflictos consumen mucho tiempo y energía a los médicos, por lo que saber gestionarlos y facilitarlos puede ahorrarles muchas fuerzas a los profesionales sanitarios. La facilitación implica saber escuchar y comprender a las distintas partes en conflicto, observar la dinámica de las relaciones entre ellas y encontrar soluciones que rebajen la tensión emocional y mejoren las relaciones. A diferencia del enfoque directivo en el tratamiento de pacientes o la enseñanza, en el que se transmite la única verdad correcta de una parte a otra, la facilitación permite explorar diferentes puntos de vista y encontrar una buena solución para las distintas partes, teniendo en cuenta sus intereses, visiones, miedos y preocupaciones.

taf La facilitación de conflictos puede obrar milagros

Xoro comunicación, trabajo adecuado con los rangos

El paso del paternalismo (cuando hay alguien «por encima») a la colaboración (cuando estamos en pie de igualdad) es necesario tanto en las organizaciones como en los programas educativos y en la relación entre el profesional sanitario y el paciente. El cambio de la cultura docente en las instituciones de educación superior médica hacia la facilitación de diferentes puntos de vista y el establecimiento de relaciones con los participantes en los programas de formación influirá también en la relación médico-paciente en el contexto clínico, ya que unas relaciones y unos formatos de formación más colaborativos y equitativos ayudarán a los médicos y enfermeros a apreciar mejor todas las ventajas de unas relaciones bien construidas. Los profesionales sanitarios que hayan experimentado el respeto y el trato de colaboración por parte de los docentes ya no podrán ejercer con facilidad el autoritarismo en sus consultas.

¿POR QUÉ SON ACTUALES LA HUMANIDAD Y LA EMPATÍA?

Probablemente, esta no sea una lista exhaustiva de argumentos a favor de la importancia de la empatía, por lo que podrán profundizar en este tema con sus oyentes y ampliarla.

Los avances tecnológicos se están abriendo paso en la medicina: la inteligencia artificial, la consulta a distancia, el libre acceso a enormes volúmenes de información médica, estudios y protocolos de tratamiento, y muchas otras tecnologías de interacción con el paciente. Un poco más y la empatía y la capacidad de comunicarse con el paciente serán prácticamente la única (aquí exagero un poco, pero aún así) ventaja del médico de carne y hueso frente al robot o la base de datos. Y esta competencia puede ser feroz.

Los cambios en el sistema de financiación —una perspectiva basada en el principio de que el cliente o el comprador público de servicios médicos paga por una persona concreta, y no por el número de camas— ya se han producido incluso en Ucrania. El nivel de satisfacción del paciente influirá en el nivel de financiación de los centros médicos. Y la comunicación empática siempre obtendrá más puntos en las encuestas a los pacientes que la distancia defensiva. La competencia por el paciente ya se está desarrollando poco a poco, y lo que ganará no será tanto el equipamiento y los edificios, sino las personas, el personal y su actitud hacia los pacientes.

La escasez de personal es ya un problema muy grave para muchos hospitales, y la competencia por los empleados, en un contexto de emigración al extranjero, será cada vez más dura. Los estudios muestran que, en el 80 % de los casos, las causas del agotamiento emocional del personal se encuentran en el ámbito de los factores sistémicos y la organización del trabajo, y solo en el 20 % en el ámbito de las causas personales[1] . Por lo tanto, es importante desarrollar la empatía no solo hacia los pacientes, sino también hacia los compañeros y el propio personal. Al fin y al cabo, es imposible mejorar el trato hacia los pacientes sin mejorar el trato hacia el personal. La integración de la empatía en la cultura organizativa de los centros médicos y en las prácticas de gestión del personal puede convertirse en una importante ventaja competitiva en la guerra por el talento.

Las quejas de los pacientes son una fuente de estrés y frustraciones, además de una pérdida de tiempo tanto para el personal médico como para la administración[2] . Estudios extranjeros muestran que la mayor parte de las quejas se deben a una mala comunicación. El análisis de las quejas sobre los médicos jóvenes reveló cuatro temas principales: comunicación no verbal (contacto visual, expresión facial y lenguaje corporal), comunicación verbal (capacidad de escuchar y adecuación en la elección de las palabras), contenido (mala elección de la cantidad y calidad de la información proporcionada), así como mala actitud (falta de respeto y empatía)[3] .

[1] Alla Boiko, presentación, curso para socios «Mejores prácticas en la gestión de centros sanitarios», El agotamiento de los profesionales sanitarios.

[2] Abdelrahman, W., y Abdelmageed, A. (2017). Comprender las quejas de los pacientes. BMJ: British Medical Journal, 356. URL: www.bmj.com/content/356/bmj.j452

[3] Kee, J. W., Khoo, H. S., Lim, I., y Koh, M. Y. (2018). Habilidades de comunicación en las interacciones entre pacientes y médicos: aprender de las quejas de los pacientes. Health Professions Education, 4(2), 97-106. URL: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2452301116301225

¿QUÉ HEMOS APRENDIDO DE LA ENCUESTA SOBRE LA DISPOSICIÓN DE LOS MÉDICOS A TRABAJAR CON LAS PERSONAS Y LA DEMANDA DE HUMANIDAD POR PARTE DE LOS PACIENTES?

Al comenzar a trabajar en el curso formativo que precedió a la redacción de este manual, preguntamos a los estudiantes de las facultades de medicina y a los médicos en ejercicio en qué medida se sentían preparados hoy en día para trabajar con personas. Los resultados de la encuesta realizada a 468 estudiantes y 167 profesionales revelaron que solo el 7,5 % de los estudiantes y el 19,7 % de los médicos se consideran totalmente preparados para trabajar con personas. Por lo tanto, la relevancia del curso formativo sobre comunicación y la interacción entre el médico y el paciente no ofrece dudas desde el punto de vista de ninguno de los públicos.

7,5% de los estudiantes y el 19,7 % de los médicos se consideran listos para trabajar con personas

Al planificar el contenido del curso, nuestro objetivo no solo era reflejar el punto de vista educativo, sino también responder a la demanda actual de estudiantes y médicos de formarse en el trato con las personas; por eso, también les preguntamos cuáles eran sus expectativas respecto a los temas que les gustaría que se trataran en el curso. Resultó que los temas más solicitados eran el trabajo con pacientes «difíciles», la relación médico-paciente y cómo comunicar la verdad al paciente. Todas estas expectativas se han reflejado en los objetivos y el contenido del curso «Empatía y humanidad en el trabajo del personal sanitario»

Durante el desarrollo del curso, también encontramos varios estudios ucranianos recientes que muestran que la demanda de respeto y de una comunicación más empática entre los pacientes es bastante alta.

La ONG «Afina» realizó una encuesta a pacientes oncológicos (2019). En la pregunta sobre la mejor fuente de información sobre el tratamiento, los médicos ocupan el último lugar (11 %), por detrás de los grupos de pacientes oncológicos (70 %) y de Internet (30 %). Y esto, muy probablemente, no refleja una falta de conocimientos, sino un bajo nivel de comunicación y de capacidad de diálogo por parte de los médicos.

Con la ayuda de Info Sapiens, hemos analizado las respuestas a una pregunta abierta sobre las cinco cualidades de un médico que los pacientes oncológicos de esta encuesta consideran importantes, y hemos obtenido datos interesantes. Hemos agrupado las respuestas de los encuestados en cinco categorías. Las cualidades más importantes de un médico resultaron ser:

Profesionalidad: competencia, experiencia, desarrollo continuo en su ámbito, curiosidad, talento e inteligencia	82 %
Inteligencia emocional: humanidad, empatía, sensibilidad, respeto, tacto, paciencia, tolerancia, preocupación	72 %
Actitud positiva e integridad: honestidad, bondad, rectitud, franqueza, sentido del humor, incorruptibilidad	61 %
Capacidad de comunicación: atención, capacidad para escuchar y explicar, don de gentes y claridad	50
Cualidades profesionales: puntualidad, responsabilidad, cortesía, accesibilidad, capacidad para reconocer los errores, valentía y determinación	34 %

A partir de estos datos, observamos que, además de la competencia profesional, la inteligencia emocional, la actitud positiva y la integridad, la capacidad de comunicación y las cualidades profesionales ocupan un lugar muy destacado en la clasificación de las cualidades de los profesionales sanitarios que son importantes para el paciente. Si agrupamos las respuestas sobre la inteligencia emocional y la capacidad de comunicación (que es imposible sin un alto nivel de desarrollo emocional) con la actitud positiva y la integridad en una sola categoría de «habilidades sociales», estas «habilidades sociales» superarán a la competencia profesional.

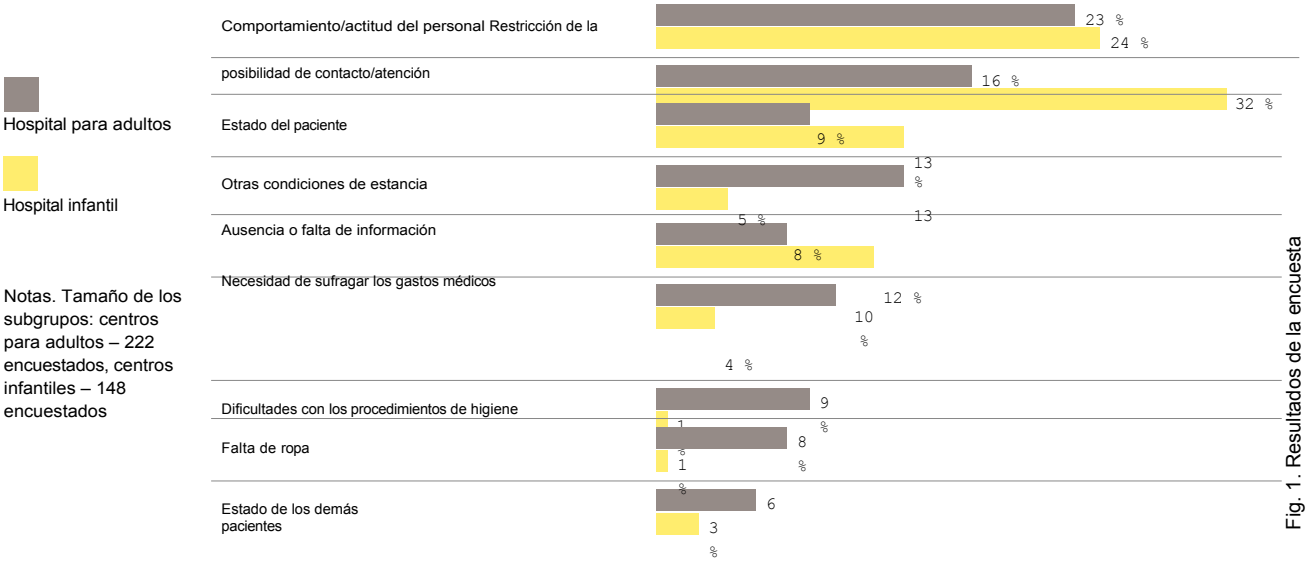
Habilidades sociales: inteligencia emocional, actitud positiva y rectitud, capacidad de comunicación	96 %
Competencia profesional	82 %
Cualidades profesionales	34

Esto no significa que la gente vaya a elegir entre los médicos a aquellos que hablan bien. Significa que tanto la competencia profesional como las habilidades sociales son componentes indispensables de la profesionalidad del personal sanitario. No es «o una cosa o la otra», sino ambas a la vez: tanto el coeficiente intelectual (IQ) como el coeficiente emocional (EQ).

En el estudio sobre las prácticas de transparencia en las unidades de cuidados intensivos, realizado por la ONG «Gorizontali» en colaboración con Info Sapiens (2019), se observa que los aspectos más difíciles y dolorosos de la estancia en la UCI para los pacientes y sus familias fueron la actitud del personal (23 %), las restricciones en el contacto y los cuidados (16 %) y la falta de información (8 %). Un dato interesante es que estos «aspectos intangibles» en las relaciones preocupaban a los familiares incluso más que el estado crítico del paciente o las cuestiones económicas relacionadas con su tratamiento.

Con bastante frecuencia, los médicos y enfermeros se preguntan en los debates si las competencias comunicativas deben ser un requisito básico o si son solo un valor añadido a los conocimientos y habilidades médicas. Estos estudios muestran que, desde el punto de vista del paciente, existe una gran demanda de un trato humano y una comunicación de calidad, y que la profesionalidad del médico o la enfermera no se limita únicamente a los conocimientos médicos y las habilidades técnicas para realizar procedimientos médicos. La capacidad de comunicarse, entablar un diálogo, escuchar al paciente y tener en cuenta su estado emocional es tan importante como las competencias médicas.

¿Cuál sería para usted o para un ser querido el momento más difícil, doloroso o humillante durante la estancia en la unidad de cuidados intensivos?



Notas. Tamaño de los subgrupos: centros para adultos – 222 encuestados, centros infantiles – 148 encuestados

Fig. 1. Resultados de la encuesta

Las respuestas a la pregunta «¿Qué podría mejorar la interacción entre el personal y los visitantes?» revelaron que las cuatro propuestas principales de los encuestados se referían precisamente a la comunicación empática, a saber: (1) una mejor comunicación y normas claras (34 %), una actitud más humana por parte del personal (14 %), la simplificación de las normas de acceso (12 %) y el entendimiento mutuo entre ambas partes (11 %).

En respuesta a las quejas de los pacientes sobre la falta de comunicación, los médicos suelen mencionar que su trabajo consiste en curar, mientras que la comunicación y el apoyo son tareas que deben corresponder a los psicólogos. Sin embargo, los pacientes tienen una percepción diferente: solo el 2 % cree que la asistencia psicológica resolverá el problema. Por lo tanto, la expectativa de una «función de empatía integrada» es bastante común entre los pacientes ucranianos.

¿Qué cree usted que podría mejorar la interacción entre el personal sanitario y los visitantes en la unidad de cuidados intensivos?

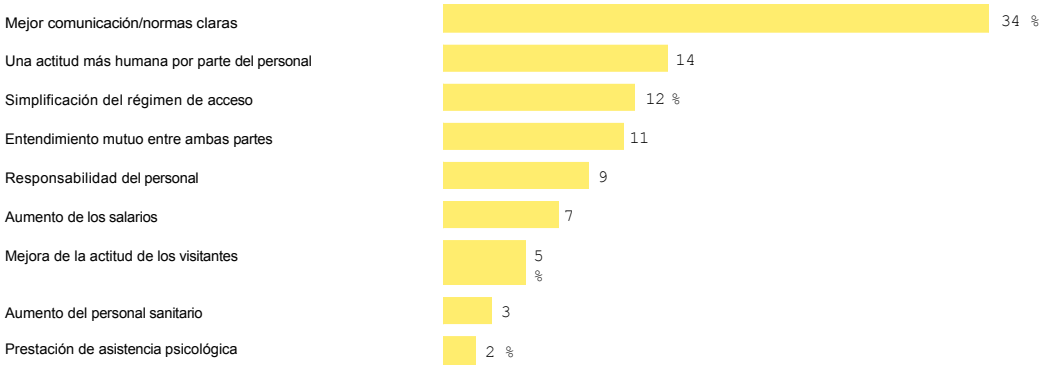


Fig. 2. Resultados de la encuesta

Por lo tanto, tanto el personal sanitario como los pacientes necesitan una mejor comunicación y un trato más humano por ambas partes. Por eso, os invitamos a explorar estos temas y a experimentar con nosotros.

CÓMO SURGIÓ ESTE MANUAL « »

La idea de desarrollar este curso surgió a partir de «Un libro nada aterrador sobre la vida, la muerte y todo lo que hay entre ellas». Este libro se ha convertido en una guía para médicos y enfermeras en el mundo de los pacientes, ha proporcionado ejemplos y ha ayudado a comprender qué es lo que hiere a los pacientes y qué es lo que más les hace sufrir a ellos y a sus familias, así como qué es lo que más valoran y por qué agradecen al personal médico en el contacto directo.

El libro se ha convertido en una herramienta para promover un trato más humano y empático hacia los pacientes y los médicos dentro del sistema sanitario. Durante mucho tiempo dudé en desarrollar un curso para médicos y enfermeras: tenía mucha experiencia (sobre todo negativa) en la interacción con el personal sanitario, pero me faltaba la perspectiva médica sobre las relaciones con los pacientes; no comprendía lo suficiente el enfoque médico y sus puntos débiles. Así que decidí buscar socios para colaborar entre médicos y colegas docentes de diferentes centros de enseñanza superior de medicina. Al fin y al cabo, son ellos quienes mejor comprenden tanto las necesidades de los profesionales sanitarios y los estudiantes como las formas de transmitirles la información. Y las historias del libro se convirtieron en nuestras aliadas: se transforman fácilmente en casos para debatir o en juegos de rol para analizar.

Gracias al proyecto ucraniano-suizo «Desarrollo de la educación médica», llevamos a cabo un proceso de selección y invitamos a colaborar a 15 docentes y médicos en ejercicio de siete centros de educación superior médica de Ucrania. Durante las reuniones periódicas celebradas a lo largo de seis meses, definimos conjuntamente los objetivos y el marco de contenidos del curso, elegimos el enfoque y establecimos las prioridades. Todas las ideas y los resultados pasaron por el filtro de diferentes partes interesadas: educadores, profesionales sanitarios, médicos, enfermeras y, por supuesto, pacientes. Con bastante frecuencia, esto generaba tensión y la fricción necesaria para explorar posiciones opuestas, encontrar el término medio y no caer en extremos. A todo este proceso lo llamábamos «taller de desarrollo del curso», y a sus participantes, «maestras». Y es que el taller es precisamente un espacio para la experimentación, para el aprendizaje seguro, la búsqueda de formas y el perfeccionamiento de habilidades.

los filtros de los distintos grupos de
Todas las ideas y los resultados pasaban por
Interesadas

Al principio, los debates fueron animados: buscábamos el equilibrio entre un programa superficial, que abarcara un amplio espectro de cuestiones, y la formación en habilidades

sobre comunicación y el uso de protocolos para interactuar con las personas. Tras estas intensas discusiones, llegamos a la conclusión de que era importante estructurar el curso en torno a un modelo centrado en el paciente como idea central de la formación y desglosar su aplicación práctica en ocho partes. Hubo muchas discusiones sobre si podíamos añadir un módulo sobre el desarrollo de la inteligencia emocional y la autorregulación en situaciones de estrés, con el fin de garantizar la seguridad emocional y prevenir el agotamiento de los profesionales sanitarios, y llegamos al acuerdo de que este curso debía desarrollarse por separado.

Durante el trabajo en el programa, investigamos conjuntamente y llegamos a un consenso sobre las siguientes cuestiones:

- cómo identificar las áreas problemáticas y las necesidades del público objetivo para tenerlas en cuenta durante el desarrollo; cómo estructurar la lógica del curso de formación;
- cómo elegir el enfoque y la prioridad del curso y evitar el habitual «cuanto más, mejor»;
- qué cuestiones y bloques deben desarrollar el tema principal;
- qué conjunto de conocimientos y actitudes hay que integrar en el curso, qué métodos y formatos elegir para practicar las habilidades;
- cómo utilizar la narración de historias e incorporar las opiniones de los pacientes en la formación de los profesionales sanitarios; cómo moderar debates complejos y ambiguos durante la formación.

El formato del taller preveía la facilitación del trabajo en grupo y la creación de un espacio para la exploración conjunta de puntos de contacto en un contexto de diversidad. Cada una de las participantes se convirtió en cofacilitadora y coautora del curso. Las participantes, en pequeños grupos, preparaban cada sesión y elaboraban las partes metodológicas del manual, además de debatir, aportar comentarios y acordar los contenidos. Juntas aprendimos no solo a crear un nuevo curso formativo, sino que también probamos nuevos métodos interactivos de enseñanza.

a la investigación conjunta en un contexto de diversidad
Facilitación del trabajo en grupo y el espacio

No puedo dejar de pensar que me tocaron grupos y participantes muy especiales. Esperaba un público más conservador con una fuerte resistencia

a los cambios. Me inspira la apertura de las personas hacia lo nuevo y la seriedad con la que se toman su propio crecimiento profesional.

A veces, a las participantes les resultaba difícil presentar su trabajo para debatirlo con colegas de otras instituciones de educación superior. Se percibía el estrés relacionado con la crítica esperada de la sesión realizada. En medio de esta tensión, se percibía especialmente la incomodidad que sentían las participantes al ser conscientes de que no eran perfectas. Pero sin esa incomodidad, el cambio es imposible. Así que aprendimos a utilizarla en dosis saludables para pulirnos a nosotras mismas, nuestras posturas y nuestras habilidades.

Gracias a que, en lugar de un «único transmisor de la verdad», contábamos con muchas versiones y voces individuales, así como con la autorreflexión, cada participante pudo:

- investigar las mejores prácticas e innovaciones mundiales,
- comparar sus opiniones sobre diferentes cuestiones con ellas,
- aprender nuevos enfoques mediante la co-enseñanza de temas nuevos para nosotros mismos, ya que está demostrado que aprendemos mejor cuando enseñamos a otros.

Llegamos a la conclusión de que crear un espacio para explorar prácticas, prejuicios, señales verbales y no verbales, y facilitar la búsqueda conjunta de posibles respuestas, es un enfoque eficaz para abordar la interacción humana en el contexto médico profesional. Y es que la interacción humana no admite algoritmos: las personas, las situaciones y los retos siempre son diferentes, por lo que es importante que los profesionales sanitarios se conozcan a sí mismos y sus reacciones, y dominen las herramientas comunicativas básicas para gestionar las tensiones en toda su diversidad.

La interacción humana no admite algoritmos

COLECTIVO DEL CURSO

DEL





EQUIPO DE AUTORES DEL CURSO

Hemos incorporado a nuestro equipo a médicos y docentes con diferentes trayectorias profesionales: desde el grado en enfermería hasta programas de posgrado, con experiencia en la formación de enfermeras y en el trabajo tanto en el extranjero como en Ucrania. La diversidad y el espacio para ella han sido los criterios que nos han guiado a la hora de crear un marco amplio, con el fin de garantizar la calidad y tener en cuenta los distintos enfoques.

Por eso, nos complace presentarles a las coautoras de nuestro curso:

Iryna Borovyk

profesora adjuntademedicinade familiaterapia(de) (y) (medicina) (de familia). Universidad Nacional de Ternopil Médicodela Universidad Ivan Horbachevsky



«¿Depende el nivel de empatía de la edad, el género, la experiencia o la especialización del profesional sanitario? ¿Es posible desarrollar la empatía y de qué manera? Lo que más me llamó la atención fue la coordinación del trabajo, el entusiasmo y el deseo de colaborar de unas compañeras que antes apenas se conocían; con el tiempo, nos convertimos en un equipo en el que se escucha y se tiene en cuenta la opinión de cada una».

Daryna Bohdan

coordinadora de desarrollo de capacidades y de seguimiento y evaluación del proyecto «Desarrollo de la educación médica»



«Todavía recuerdo a mi cirujano, el doctor Zhivodernykov, y lo recuerdo no tanto por su apellido, sino por el hecho de que no solo curó mi mano, ni siquiera solo a mis padres: se comunicaba conmigo y me trataba con respeto, a mí, una niña de nueve años, como a una paciente. Se mostró comprensivo con mi miedo y mi dolor. Gracias precisamente a la capacidad y la disposición de este cirujano para tratarme con comprensión, a mi estado y a mis preocupaciones, en mi memoria no quedó un recuerdo traumático, sino una experiencia «aventurera».

Por lo tanto, la empatía no depende ni de la edad, ni del género, ni del país en el que hayas nacido, ni siquiera de tu apellido. Me uní al equipo de expertas que trabajaban en el curso con la convicción, propia de una trabajadora social, del valor de la empatía y de la capacidad de cada persona para cambiar. Por supuesto, para adquirir esta habilidad —la habilidad de empatizar— no basta con leer «un libro sobre la empatía», sino que también hay que responder a la pregunta: por qué lo necesito como médico, si no será una carga adicional que solo agrave el agotamiento, si tengo tiempo suficiente para mostrar empatía, cómo puede influir la empatía en la calidad de la vida profesional de un médico, qué impacto puede tener en la calidad de la relación con el paciente y en los resultados de su tratamiento, etc. Los debates en torno a todas estas cuestiones, en torno a todos los «pros» y «contras», fueron valiosos por su diversidad, franqueza y profundidad. ¡Fue una experiencia extraordinariamente valiosa y memorable, por la que estoy agradecida a todos los que participaron!».

Natalia Galiash
Profesora adjunta del Departamento de Pediatría n.º 2, Universidad Nacional de Medicina de Ternópil en honor a Ivan Gorbachevsky



«Ahora todos hablamos de la humanidad y la empatía del personal sanitario, pero, en mi opinión, la mayoría de los profesionales de la salud son humanos por naturaleza. Al fin y al cabo, han elegido una profesión noble dedicada a ayudar a las personas en situaciones difíciles. Entonces, ¿por qué nos encontramos tan a menudo con la falta de esta humanidad en los centros sanitarios? En mi opinión, el problema radica en la eliminación de la enseñanza de las llamadas habilidades sociales de los planes de estudios de las facultades de medicina.

Durante el desarrollo de este curso, me impresionó, por supuesto, la cantidad de profesoras de medicina comprometidas, altamente profesionales y llenas de entusiasmo, dispuestas a desafiar el presente para formar juntas un mejor personal médico, una sociedad médica más perfecta y una asistencia médica de mayor calidad en Ucrania. De lo que más recuerdo es la diversidad de opiniones, puntos de vista y experiencias vividas. Me fascina la profesionalidad, la perseverancia y el entusiasmo de nuestra facilitadora, Anastasia Leukhina, quien se atrevió a elevar el tema de la humanidad en la medicina a un nuevo nivel y a unirnos a todos de manera productiva para crear un curso de suma importancia».



Anastasia Goretska
Jefe del Servicio de Psicología del Instituto Educativo y Científico de Calidad de Educación, Universidad Nacional de Medicina de Járkov

Olga Gvardovska
asistente del Departamento de Fisiología y Neumología, Universidad Nacional de Medicina de Járkov



«¿Cómo evaluar la predisposición inicial de las personas a ser o no ser médicos (y, en consecuencia, su capacidad y disposición para la empatía y aspectos similares)? ¿Cómo evaluar esto durante el proceso de formación en todos sus niveles? Muy a menudo, las exigencias que los pacientes plantean a los médicos traspasan los límites de sus obligaciones y competencias funcionales, lo que genera un desajuste. ¿Qué hay que hacer o cambiar para lograr la armonía en esta cuestión? Durante el trabajo en el curso, las coautoras nos impresionaron por su experiencia personal, sus historias de vida, sus puntos de vista sobre cuestiones problemáticas y sus logros».

Olena Gorska
Profesora del Departamento de Disciplinas Médico-Preventivas y Diagnóstico de Laboratorio,
Academia Médica de Rivne



«La creación del curso y la redacción del manual coincidieron con mi propia experiencia personal. Me di cuenta de lo importante que es que la comunicación fluya, que el paciente y el médico sean socios, que te escuchen y te entiendan, que te den información y opciones, y que te pregunten. Y comprendí que, como médica, nunca me habían enseñado eso. Como paciente, lo necesito. Como profesora, no lo enseño. Sabía que sería difícil emocionalmente, y también físicamente, pero tomé la decisión de ponerme manos a la obra.

Reflexiones que se han convertido en mis favoritas:

«La gente busca la humanidad»,
«Para los pacientes no solo importan las habilidades profesionales»,
«La empatía no es sinónimo de agotamiento».

«Estoy infinitamente agradecida a todas y cada una de las participantes del taller. El taller ha supuesto para mí un gran apoyo en mi historia personal».

Sofía Gusak

profesora adjunta del Departamento de Medicina Interna n.º 2 de la Universidad Nacional de Medicina Universidad Nacional de Medicina de Ternópil



«A la hora de impartir el curso de medicina paliativa, me ayudó mucho el libro «Zovsim ne strashna knyha» (Un libro nada aterrador), que me causó una gran impresión y gracias al cual comprendí más profundamente el ámbito del apoyo paliativo en los últimos días y meses de vida de los pacientes. Dado que el curso es nuevo, el programa necesita ser perfeccionado. ¿Cómo mejorarla? ¿Cómo transmitir a los alumnos lo más importante y, en general, cómo captar la atención de los estudiantes hacia este tema, tan actual hoy en día? ¿Cómo enseñar a los futuros médicos las reglas de la comunicación eficaz, cuya base es la empatía? En busca de respuestas a estas preguntas, llegué al taller.

Lo que más me quedó grabado del taller fue el trabajo conjunto de los autores, los debates, las dudas y las numerosas preguntas que, al final, nos ayudaron a descubrir la verdad. Descubrí nuevos horizontes en mi comprensión de la relación entre el paciente y el médico. El éxito del tratamiento tiene que ver con la comunicación eficaz, con una relación médico-paciente bien construida, con los límites profesionales y con la toma de decisiones conjunta. Tiene que ver con la empatía. Esto se puede y se debe aprender».

.

Olena Ignashchuk

Coordinadora de educación médica del
«Desarrollo de la educación médica»



«Estoy profundamente agradecida de que exista «Un libro nada aterrador» y de que puedan leerlo tanto los pacientes que se encuentran en situaciones difíciles como sus familiares y los médicos. La transformación de las ideas principales del libro en un curso de formación para estudiantes y médicos, así como la elaboración de un manual para quienes impartirán esta materia o el curso completo, es un paso importante que se ha dado con gran responsabilidad. El proceso de creación conjunta con educadores de diversas instituciones de educación superior de Ucrania y profesionales sanitarios de diferentes especialidades estuvo repleto de diálogos, debates e intercambios de ideas; es en este proceso donde se va construyendo el curso. Sin embargo, las creadoras siempre han tenido como prioridad la necesidad de humanidad y empatía en la interacción entre los profesionales médicos y los pacientes. Ha sido una experiencia extraordinaria de creación conjunta en el seno de un equipo incomparable de personas con ideas afines».

Olena Korotun
Profesora adjunta del Departamento de Pediatría y Enfermedades Infecciosas Infantiles
Universidad Estatal de Medicina de Bucovina:



«Los médicos y el personal sanitario a menudo se sienten impotentes ante los conflictos con los pacientes o cuando tienen que dar malas noticias. Y a los pacientes les parece que los profesionales sanitarios son cínicos y fríos. En realidad, la empatía, el establecimiento de relaciones de confianza y la comunicación humana son habilidades que se pueden y se deben aprender. Para mí, lo más importante es que los médicos y el personal sanitario sean conscientes de que la humanidad, la empatía y la comunicación con los pacientes no son algo adicional o secundario, sino que, en primer lugar, son competencias clave y esenciales del personal sanitario, y, en segundo lugar, una herramienta extremadamente importante para lograr el cumplimiento normativo, resolver conflictos y reclamaciones, y prevenir el propio agotamiento profesional. No menos importante es que los pacientes comprendan que el médico o el profesional sanitario también es una persona con sus propias emociones, sentimientos y necesidades. «El paciente no es un trozo de carne, el médico no es un robot»: ese es mi mensaje clave».

Olena Kostyuk

profesora adjunta del Departamento de Neonatología, Universidad Nacional de Salud de Ucrania «Platón Shupyk»



«Un tema interesante e importante. Me encuentro con estas cuestiones a diario en la práctica. Me ha impresionado la gran cantidad de información nueva: ¡cuánto desconocemos! Me han impresionado los conocimientos y las herramientas que podemos utilizar en la práctica. Me ha quedado grabada en la memoria una actividad en equipo extraordinariamente interesante».

Anastasia Leukhina

Presidenta de la ONG «Gorizontali» y autora de «Un libro nada aterrador sobre la vida, la muerte y todo lo que hay entre ellas», consultora del proyecto ucraniano-suizo «Desarrollo de la educación médica».

«Me alegra que estemos creando una nueva forma de interacción entre pacientes y médicos. Esto nos permitirá reforzar la confianza en el sector sanitario, y la confianza hace milagros».



Oksana Petrynych
Profesora adjunta del Departamento de Medicina Familiar
Universidad Estatal de Medicina de Bucovina:



«La cuestión de la humanidad en la medicina me duele. Hace poco circulaba por Facebook una imagen sobre cómo se realizaban operaciones de extirpación de amígdalas y adenoides a los niños en la URSS. Cuando vi esa imagen, fue como si volviera a revivir lo que tuve que pasar a los 12 años. Por desgracia, hemos heredado muchos horrores de aquella medicina, y la inhumanidad no ha desaparecido. Cuando era estudiante en prácticas, ya en la Ucrania independiente, vi cómo se realizaba un legrado uterino sin anestesia, mientras se le decía a la mujer: «No grites, tiene que gustarte...». ¿Por qué actúan así los médicos? ¿Son consecuencias de algún trauma infantil, una forma de protegerse del agotamiento, una motivación errónea hacia la profesión o algo más? ¿Cómo cambiar esto?»

Natalia Povar
Profesora del Departamento de Disciplinas Médico-Preventivas y Diagnóstico de Laboratorio,
Academia Médica de Rivne



«Me cuesta encontrar palabras de consuelo que expresen el pesar que siento».

«Una de las cuestiones más importantes para mí es cómo fomentar en los alumnos, durante las clases, una actitud centrada en el paciente. En concreto, en las clases de empatía. Para mí está claro que una condición indispensable es que el propio profesor tenga una actitud empática hacia los alumnos.

Pero, ¿es eso suficiente?

¿Ofrecer películas y libros sobre el tema? Teniendo en cuenta la carga de trabajo de los estudiantes de las instituciones de educación superior médicas, ¿cuántos de ellos verán una película y, mucho menos, leerán un libro?

¿Incluir en las clases debates sobre los temas más controvertidos? ¿Utilizar juegos de rol?

Al trabajar ya en nuestro taller, he visto muchas herramientas interactivas nuevas que se pueden utilizar para alcanzar este objetivo. ¡Gracias a todos los compañeros y ya amigos por esta experiencia!

Pero quedan muchas preguntas sin respuesta. ¿Es correcto utilizar juegos de rol en las clases? Siempre existe el riesgo de tocar la historia personal de un estudiante.

Espero que, al trabajar directamente con los estudiantes y utilizar diversas herramientas de la pedagogía moderna, lleguemos a comprender cuáles de ellas funcionan mejor en situaciones concretas a la hora de abordar los distintos temas de este curso».

Natalia Rudakova

profesora del Departamento de Salud Mental y Física,
Academia Médica de Lviv «Andriy Krupynsky»



«¿La humanidad y la empatía son cualidades innatas, o se pueden cultivar en uno mismo? ¿Hasta qué punto nuestro sistema educativo puede aceptar estas cualidades en el estudiante y no destruirlas en su desarrollo como futuro profesional sanitario dentro del sistema profesional? Me ha impresionado la cantidad de información y herramientas que se utilizan desde hace tiempo en otros países, pero que en Ucrania siguen siendo recibidas por los profesionales sanitarios con recelo e incomprensión. Seis meses de nuestro curso: un equipo increíble de profesionales, el trabajo de entusiastas».

Yulia Tykholaz

Profesora de la comisión de циклов de disciplinas de ciencias naturales,
Colegio Médico Profesional de Vinnytsia «Académico Danylo Zabolotny»



«¿Qué fue lo que me impulsó a participar en la creación de este curso? Probablemente, el hecho de darme cuenta de que, en la estructura de múltiples niveles de las disciplinas de las instituciones de educación superior médicas, faltan asignaturas que enseñen a comunicarse con los pacientes y a empatizar: a escuchar, comprender, reaccionar, interactuar y tomar decisiones de forma conjunta. Estas habilidades son extremadamente necesarias en el trabajo de un profesional sanitario, ya que del ellas depende en gran medida el estado emocional y el bienestar del paciente»

Yulia Turpakova

profesora de asignaturas de pediatría,
Academia Médica de Rivne



«Siempre me han interesado las particularidades de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente, porque se trata de una relación entre dos personas, y si logran establecer un contacto adecuado, se convertirán en socios, en compañeros para superar los retos que plantea la enfermedad. Si, por el contrario, no logran entenderse, la historia acabará como en la fábula de «el carro y el caballo». Y además me preocupa este aspecto: el médico también es una persona, y si se lo toma todo a pecho, no aguantará mucho tiempo como médico... ¿Cómo encontrar el enfoque ideal? ¿Existe? Me interesaba analizarlo y, tal vez, encontrar ciertas estrategias que preservaran la salud física de los pacientes y la salud mental del médico».

Elizaveta Shunko

Jefa del Departamento de Neonatología,
Universidad Nacional de Salud de Ucrania «Platón Shupyk»



y la sociedad en general. La salud humana es el valor más importante. Siempre destaco que la salud humana comienza a formarse durante el desarrollo intrauterino y en los primeros años de vida. La educación de la sociedad y una comunicación adecuada entre los proveedores de servicios médicos y los pacientes, basada en el respeto y la humanidad, pueden hacer del mundo un lugar mejor, más amable y seguro. Precisamente este manual, elaborado por el grupo de autores, contribuirá de manera importante a estos cambios. Para mí, personalmente, la colaboración en los grupos de trabajo con los miembros del equipo de autores ha sido una experiencia importante en materia de comunicación y me ha dado respuestas a preguntas complejas. ¡Gracias a todos!

Tetiana Shchudrova

Profesora adjunta del Departamento de Farmacología
Universidad Estatal de Medicina de Bucovina



«Los médicos jóvenes comienzan su práctica profesional de forma independiente sin contar con el conjunto suficiente de habilidades comunicativas y conocimientos que son necesarios en el trabajo de un profesional sanitario. Por ello, resulta razonable desarrollar e implantar un curso de este tipo, orientado a la práctica, para impartirlo en los últimos cursos de la carrera.

Durante mi trabajo en el taller, he adquirido una experiencia increíble y he disfrutado mucho de la colaboración y la creación conjunta con compañeros de diferentes centros educativos. Me ha gustado el formato de trabajo en forma de debates en grupos reducidos, las nuevas metodologías de enseñanza y la posibilidad de recibir comentarios y opiniones.

¿CÓMO PUEDE UTILIZAR ESTE MANUAL?

Puede tomar este curso como base e impartirlo como asignatura obligatoria u optativa en su institución de educación superior. A continuación, compartiremos la experiencia de nuestros colegas de la Universidad de Bucovina como ejemplo de cómo se puede implementar teniendo en cuenta los requisitos académicos y la autonomía universitaria.

Puede elegir cualquier tema y profundizar en él dentro de su curso actual, o crear uno nuevo: de hecho, los temas son tan amplios que cada uno de ellos podría convertirse en un curso independiente, con prácticas para desarrollar habilidades.

También **puedes utilizar estos materiales para integrar** una actitud más empática y sus herramientas de apoyo **en los cursos que ya impartes**. Por ejemplo, al analizar los ejercicios de simulación, puedes llamar la atención de los alumnos sobre la calidad de la interacción con el paciente, y no solo sobre los factores médicos y el tratamiento físico.

Hemos desarrollado muchas ideas sobre el contenido y el formato de las diferentes sesiones. En los materiales que encontrarás en este texto y en los códigos QR de cada sección, verás modelos o protocolos de trabajo interesantes, ejemplos de ejercicios de prueba y la metodología para llevar a cabo juegos de rol, así como ideas para el uso de vídeos y la estructura de su debate; así, al igual que con un juego de Lego, **pueden mezclar y combinar para crear la combinación que mejor se adapte a las necesidades de su público**, su institución de educación superior o su curso. Puedes ampliar o «simplificar» las ideas propuestas con el tiempo, y crear a partir de ellas combinaciones que se adapten a tus posibilidades y limitaciones.

HISTORIAS DE ÉXITO EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL CURSO

Tras desarrollar el curso «Humanidad y empatía en el trabajo del personal sanitario», nos enfrentamos a un nuevo reto. ¿Cómo integrar el curso en el programa educativo? ¿Qué trámites burocráticos hay que superar? ¿Están preparadas las coautoras del curso para impartirlo?

Las coautoras del curso desempeñaron un papel muy importante en la integración del curso en el proceso educativo gracias a su perseverancia, su deseo de impartirlo y su disposición a superar todos los trámites administrativos, que en ocasiones parecían obstáculos. Por eso, compartimos historias sobre la sinergia entre nuestras formadoras y los administradores de las instituciones de educación superior durante la implementación del curso en sus centros.



TetianaShchudrova:teoretic un curso de bioética que no funciona

Imparto la asignatura «Fundamentos de bioética», cuyos temas, en mi opinión, deberían constituir la base del curso propuesto. La asignatura se imparte a los estudiantes de primer curso de las facultades de medicina. Sin embargo, los estudiantes aún no están preparados para asimilar esta información y, francamente, no comprenden la esencia de los problemas éticos que se debaten, ya que en esta etapa aún no interactúan con pacientes reales y no son conscientes de los problemas comunicativos y éticos que surgen en la interacción del médico con el paciente, los familiares o los cuidadores. Por lo tanto, los jóvenes médicos comienzan su actividad práctica de forma independiente sin disponer de las herramientas suficientes en cuanto a habilidades comunicativas y conocimientos, que son necesarios en el trabajo de un profesional sanitario. Por ello, resulta razonable desarrollar e implantar un curso de este tipo, orientado a la práctica, para su estudio en los cursos superiores.

Universidad de Medicina de Bucovina: el trabajo en equipo del profesorado más las peticiones de los estudiantes, multiplicados por el apoyo de la dirección

Tres de las participantes en el taller procedían de la Universidad Estatal de Medicina de Bucovina; ahora, en este VNO, imparten su propio curso titulado

«Comunicación médica (habilidades de comunicación con los pacientes). Asesoramiento centrado en el paciente

». Las autoras del curso son Oksana Petrynych y Olena Korotun

y Tetiana Shchudrova trabajan en diferentes departamentos. Olena imparte clases de enfermedades infecciosas infantiles y pediatría a los estudiantes de quinto curso (departamento) de pediatría y enfermedades infecciosas infantiles; Oksana, medicina general y medicina familiar a los de sexto curso (departamento de medicina familiar); y Tetiana imparte farmacología y fundamentos de bioética y bioseguridad a los estudiantes de tercer curso (departamento de farmacología). Se unieron para crear este curso e impartirlo juntas. El trabajo en diferentes departamentos y la sobrecarga de los programas de las disciplinas académicas relacionadas con la temática del curso no supusieron un obstáculo para que este se presentara a tiempo en la feria de asignaturas optativas y se implementara ya en el curso académico 2021-2022.

En primer lugar, Olena, Oksana y Tetiana lograron presentar la descripción de un curso aún sin desarrollar por completo a la feria de asignaturas optativas para el cuarto curso de la Facultad de Medicina n.º 2 (el plazo de presentación para otros cursos ya se había cerrado). Esto ocurrió incluso antes de que el desarrollo del curso llegara a su ecuador: las autoras solo contaban con un breve programa de estudios de la asignatura, mientras que el trabajo con los materiales principales estaba en pleno apogeo. Pero la fe en la inamovilidad de los plazos y el deseo de impartir la asignatura hicieron posible lo imposible, y el curso titulado «Comunicación médica (habilidades de comunicación con los pacientes). Asesoramiento centrado en el paciente» se incluyó en el menú de opciones de los estudiantes.

La idea de las profesoras fue muy bien recibida por la administración de la BSMU: tanto el vicerrector de estudios, Ihor Herush, como el jefe del departamento de enseñanza y metodología, Volodymyr Khodorovskyi, y la coordinadora del proyecto ucraniano-suizo
«Desarrollo de la educación médica» en la BSMU, Tetyana Bilous, se convirtieron en coautores de esta historia de éxito, contribuyendo a la incorporación del curso al plan de estudios.

Doce grupos eligieron el curso sobre asesoramiento orientado al paciente. La popularidad del nuevo curso, con profesores desconocidos para los estudiantes y sin comentarios en el boca a boca estudiantil, sorprendió no solo a las autoras, sino también a la administración.

«Esta es precisamente la historia de éxito que inspira a todo nuestro equipo de autores: sentimos que lo que hacemos es importante no solo para los pacientes, sino también para los médicos y los profesores: existe una gran demanda de habilidades comunicativas y de una actitud empática por parte de los estudiantes», comenta una de las coautoras del curso.

Sin embargo, el hecho de que se hayan matriculado 12 grupos de estudiantes en el nuevo curso aún no ha llevado la historia a un final feliz. La administración se enfrenta a un nuevo reto: las profesoras trabajan en diferentes departamentos, pero el curso es uno solo y, además, se impartirá

en 12 grupos. ¿Alguna vez han intentado repartir las horas lectivas entre tres departamentos diferentes?

Pero también en este caso la sabiduría de la administración y el apoyo de los jefes de departamento de nuestras profesoras prevalecieron sobre la burocracia. ¡Se encontró una solución! Se logró distribuir tanto los grupos como las horas lectivas entre los departamentos.

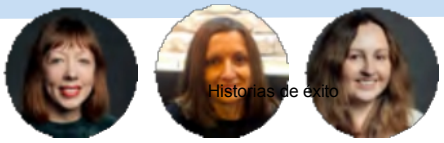
¿Por qué describimos esta situación con tanto detalle? Para demostrar que es posible superar cualquier nivel de complejidad en el laberinto burocrático educativo, cualquier trámite administrativo y cualquier situación, siempre que las personas de las que dependen los cambios en la formación del personal sanitario estén motivadas y comprendan la importancia del tema, así como las demandas de los estudiantes, los médicos y los pacientes. Al fin y al cabo, todas las instituciones de educación superior tienen autonomía para modificar su proceso educativo. Y nuestro ambicioso objetivo es convertir el curso de humanidades en una asignatura obligatoria para todas las facultades.

Sin embargo, eso no es todo. Cuando el deseo de las coautoras del curso de impartirlo se une a la demanda de los alumnos (estudiantes) y se multiplica por el apoyo de la dirección a distintos niveles, suceden milagros. A continuación hablaremos de uno de ellos, ya que el éxito del curso sobre humanidad y empatía, presentado en la feria de la BDMU, no es la única historia que merece la pena contar.

Las profesoras del curso compartieron sus experiencias con los estudiantes durante una reunión de la sociedad científica estudiantil para el centro de simulación; con los estudiantes de posgrado, en el marco del curso «Gestión del tiempo y comunicación en medicina»; con los médicos, durante los cursos de desarrollo profesional continuo en la facultad de formación de posgrado; y con sus colegas docentes durante las reuniones de los Grupos de Iguales en el marco del desarrollo profesional continuo. ¡Y ahora todos quieren más!

La difusión de este tema y el aumento de la demanda de habilidades relacionadas con el enfoque centrado en la persona entre todas las comunidades de profesionales sanitarios se asemeja a una bola de nieve que avanza y crece a gran velocidad. Y este es solo el caso de una institución de educación superior dedicada a la formación de médicos.

Oksana Petrynych, Olena Korotun y Tetiana Shchudrova





La historia de Oksana Petrynych:
Muchos intentos que solo ahora están dando sus frutos

Ya en 2005, cuando realicé por primera vez un curso de perfeccionamiento pedagógico en Kiev —se trataba de un curso de formación especializada en el Instituto de Medicina Familiar—, nos hablaron del modelo de interacción con el paciente centrado en la persona. Tengo guardados en un disco dos vídeos que, en este momento, Olena Korotun y Tetiana Shchudrova han podido utilizar en nuestro taller como únicos casos prácticos grabados en ucraniano para su tema. Allí actuaba como médico el conocido Vladislav Odrinsky. Y, de hecho, por aquel entonces Vlad ya se dedicaba, con algún proyecto, a resolver el problema del enfoque centrado en la persona.

Recuerdo que en mi puesto de trabajo, siendo una joven asistente (de hecho, era mi primer o segundo año en el departamento como docente), intentaba explicar que, si se atiende a un paciente utilizando un modelo centrado en el paciente, esto permite incluso aplicar el algoritmo correcto para su tratamiento. Y así intenté ponerlo en práctica: ponía ejemplos concretos de cómo un médico había tomado el camino equivocado y el correcto en lo que respecta a la tos y a la dispepsia.

Sin embargo, teniendo en cuenta el principio de asignación de distritos que se aplicaba hace quince años en el sistema de atención ambulatoria, el enfoque centrado en la persona no tenía mucha demanda, ya que, independientemente de cómo trabajases, tenías tu distrito asignado y el paciente no se iba a ir a ningún otro sitio.

Tras la introducción de la reforma sanitaria en la atención primaria, los médicos comenzaron a competir en cierta medida por los pacientes, ofreciendo a las personas algo que otros médicos no ofrecían. El nuevo enfoque ya se ha popularizado, ya que la gente realmente valora la humanidad. No solo la profesionalidad del médico, sus habilidades técnicas, sino también su humanidad

Con el tiempo, realicé una formación como facilitadora en el Grupo de Iguales, ya conocía muy bien a Anastasia Leukhina y, precisamente por eso, cuando ella propuso la idea de crear un curso de formación, no pude sino estar de acuerdo. Este tema ya era para mí algo con lo que había tratado como docente y que estaba esperando su momento.

Academia Médica de Rivne: un gran deseo, multiplicado por la flexibilidad de gestión





Natalia Povar y Olena Gorska comenzaron a impartir su curso «Humanidad y empatía en el trabajo del personal sanitario» como asignatura optativa en la modalidad de estudios nocturnos del grado. Desde septiembre de 2021, las alumnas de Natalia y Olena son enfermeras en activo que ya cuentan con experiencia (tanto positiva como no tan positiva) en el trato con los pacientes.

Para introducir el curso en el programa educativo, Natalia y Olena tuvieron que pasar por varias etapas: decidir si se trataba de una asignatura optativa u obligatoria, en qué curso y en qué facultad debía impartirse, quién la impartiría y qué obstáculos burocráticos había que superar para llevar a cabo todos los pasos.

La administración de la Academia Médica de Rivne no puso objeciones y respaldó el nombre original del curso. Sin embargo, las profesoras no lograron terminar de adaptar el curso para los estudiantes de enfermería antes de que concluyera la feria de asignaturas optativas. Gracias a la apertura y la creatividad de la administración, encontraron una solución: ofrecer el curso en la feria para estudiantes de grado de la modalidad nocturna, que aún estaba por celebrarse. Tras los resultados de esta feria, se matricularon en el curso 42 estudiantes, a los que se dividió en dos grupos. El curso ya se está impartiendo: está presente en los pensamientos de los estudiantes, en los debates durante las clases y fuera de ellas.

«Quería empezar a impartir el curso inmediatamente después de terminar el taller, mientras las discusiones, las ideas y las emociones aún estaban frescas en la memoria. Entendíamos que aún teníamos que adaptar este material para las enfermeras con título de grado. Y para nosotros era importante sacar adelante todo este proyecto. A partir de ahí, todo fue sencillo. Fui a ver al vicerrector y le hablé del curso. Él comprendió de inmediato el valor de un curso así, y nos presentamos al concurso para los cursos nocturnos», cuenta Natalia Povar.

Olena Gorska añade: «Nos costó mucho decidir los temas. Hasta el último momento no sabíamos si debíamos separar la humanidad de la empatía. Tras impartir la primera sesión práctica, me di cuenta de que era necesario dividir estos dos temas en dos clases distintas. La primera clase consiste en conocer a los estudiantes y el enfoque centrado en el paciente. Tú dices «enfoque centrado en el paciente» y entre los estudiantes se inicia un animado debate. Apenas podía meter baza. Y cuando empezamos a hablar de la empatía, ya quedaba muy poco tiempo. Así que me di cuenta de que valía la pena separar estos temas.

Pregunté a los estudiantes cómo entendían la empatía y qué esperaban aprender durante el curso. Resultó que lo principal que quieren aprender es «¿Cómo comunicarse y apoyar al paciente sin llegar al agotamiento?». Una de las alumnas es la enfermera jefe de una unidad en un centro perinatal. Dijo que para ella es importante aprender a mostrar empatía de forma adecuada. Porque ella

ha visto muchas cosas diferentes en su actividad profesional, pero aún hoy no sabe cómo expresar la compasión de forma adecuada. Muchos comentaron que la empatía es un tema muy popular, por lo que eligieron esta disciplina. Les interesa aprender a comunicarse con los pacientes».



Olena Ignashchuk: orientación al paciente y grupos de pares

El lanzamiento y la «puesta a punto» del curso no son solo una iniciativa de algunos colegas. Se trata de un intercambio constante —de ideas, experiencias y conocimientos— entre docentes, entre departamentos e incluso entre instituciones de educación superior. Existe demanda sobre este tema entre docentes de diversas especialidades, ya que la humanidad y la empatía son temas universales que afectan a la comunicación en todos los ámbitos.

En 2020, el proyecto ucraniano-suizo «Desarrollo de la educación médica» puso en marcha una nueva iniciativa: los grupos de pares para docentes de medicina como formato de desarrollo profesional continuo. Los grupos de pares consisten en reuniones periódicas entre docentes con cargos equivalentes, que ofrecen a los participantes la oportunidad de debatir temas o casos importantes para su desarrollo profesional, plantear preguntas y compartir experiencias en un entorno seguro, todo ello sin necesidad de ausentarse del trabajo.

Desde 2021, 25 facilitadores en Ucrania organizan reuniones de Grupos de pares en centros de educación superior médica. Hay dos grupos de este tipo en funcionamiento tanto en la Academia Médica de Rivne como en la Universidad Estatal de Medicina de Bucovina.

Según los resultados de una encuesta realizada a sus participantes, el tema más popular en los Grupos de Iguales en 2021 fue precisamente el enfoque centrado en la persona.

Para obtener más información sobre los Grupos de Iguales, puede visitar: mededu.org.ua/groups/

Además, las profesionales de nuestro curso difunden ampliamente este tema en conferencias sobre educación médica. Así, la Sra. Oksana Petrynych intervino en mayo de 2021 en la Conferencia Científico-Práctica de Ucrania con participación internacional «Cuestiones de actualidad en la clínica, el diagnóstico y el tratamiento en las diferentes etapas de la prestación de asistencia médica», organizada por la Academia Médica de Rivne, con la ponencia «El enfoque centrado en la persona en la medicina: los 8 «pilares».

Aún quedan por delante más de una tormenta en la navegación del curso, más de un animado debate con los estudiantes y más de una modificación de los casos, pues impartir un curso es también crear una comunidad, ahora ya con los estudiantes.

PARTE 1

EL FORMATO DE LA ENSEÑANZA Y SU ADAPTACIÓN A LAS NECESIDADES DE LOS DISTINTOS PÚBLICOS OBJETIVO

Una de las reglas fundamentales de la comunicación eficaz (y nuestra enseñanza es, precisamente, una comunicación que transforma a las personas y su visión de lo que hacen) es encontrar un equilibrio adecuado entre lo que el público quiere oír y lo que queremos transmitir.

znavtibalansmizhtim,shchoau la audiencia quiere oír,
ieso, que queremos transmitir

Encontramos muchos puntos en común en los enfoques para trabajar con diferentes públicos y coincidimos en que, independientemente del nivel del público, estos enfoques funcionarán bien:

Menos teoría, más práctica

- Menos teoría, más práctica: impartir el material teórico de forma breve y clara.
- Practicidad y aprendizaje basado en la experiencia, para que los participantes puedan vivir las situaciones y sentir las perspectivas de las diferentes partes de la interacción.
- Flexibilidad gracias a diferentes formatos y apertura a la experimentación con diversos tipos de ejercicios, juegos de rol, casos prácticos y trabajo con pacientes simulados.
- Gran atención a la formulación de los objetivos de los ejercicios y las preguntas, y un debriefing de calidad y bien enfocado.

Menos verdades, más facilitación

- **Precaución: solicitud de instrucciones.** Por mucho que alguien no quiera recibir guiones para situaciones típicas de comunicación, en realidad las interacciones humanas son difíciles de generalizar mediante algoritmos. Tendrás que mostrar los algoritmos, transmitir la importancia de ciertos pasos y enseñar a los participantes a improvisar con esta herramienta según la situación, teniendo en cuenta a las diferentes personas y los distintos contextos.

- Crear un espacio y un tiempo para la autorreflexión sobre el propio estado, los propios sentimientos, las propias emociones, así como sobre situaciones ya vividas.

- No a la moralina, sí al diálogo honesto. Menos verdades, más facilitación.

- Práctica aplicada de habilidades en pequeñas dosis con suficiente espacio para el debate.

- Uso de vídeos, fotos, visionado de películas o series; implicación de los alumnos en la creación de su propio contenido audiovisual y aprendizaje en el lugar de trabajo.

No– a la moralina, sí – al diálogo sincero

Las participantes del taller y yo analizamos las necesidades de diferentes públicos médicos: enfermeras y médicos. Les presentamos los resultados de nuestra reflexión conjunta sobre las particularidades del trabajo del docente con cada uno de ellos, tanto en el contexto académico como en el de posgrado.

Tabla 1

Características del trabajo con diferentes grupos destinatarios

	Estudiantes (educación superior)	Becarios (formación de posgrado)
Enfermeras	Motivar a estudiar el curso (utilizar y debatir diferentes vídeos, invitar a enfermeras en activo para compartir su experiencia);	Incluir en el tema: despertar el interés y «desconcertar» (en el sentido de «desorientar»);
	estimular la reflexión (análisis de sus acciones y sentimientos);	estimular la reflexión y tender puentes con la práctica;
	Involucrar en el trabajo activo en microgrupos o equipos;	tener en cuenta la relación entre médico, enfermero y auxiliar, así como el reparto de responsabilidades entre ellos.
	influir en las emociones;	
	transmitir la importancia de los modelos a seguir.	
	visualización, claridad;	«diagnóstico» del público en cuanto a sus actitudes hacia diversas cuestiones relacionadas con el enfoque centrado en la persona;
Médicos	uso de las redes sociales en la práctica (cuentas profesionales);	análisis de los casos propios de los participantes (educación horizontal);
	desarrollo de habilidades comunicativas, incluso con los compañeros (límites de la comunicación);	enfoque individual;
	comprensión de la importancia de los modelos a seguir.	conocimiento de la dinámica de grupo y especial atención al tratamiento de las objeciones.

MARCO DE CONTENIDOS DEL CURSO

Como se puede observar en la siguiente tabla, basada en el enfoque por competencias, hemos decidido centrar este curso en el eje de las relaciones entre pacientes y profesionales sanitarios. Creemos que

Tabla 2

Actitudes, conocimientos y habilidades en los que se centra el curso

	Actitudes	Conocimientos
Paciente-enfermedad		
Relación médico-paciente el profesional sanitario	El enfoque centrado en la persona como base de la filosofía de las relaciones con el paciente	**Empatía y apoyo:** confianza, respeto mutuo, comprensión mutua y responsabilidad en el trabajo con los pacientes; comprensión de lo que significan el apoyo y la compasión y por qué son relevantes en el trabajo del médico; comprensión de los límites personales en el trabajo con los pacientes; tolerancia y diversidad: cómo y por qué hay que trabajar de forma diferente con personas distintas y, a pesar de las diferencias entre ellas, respetarlas como personas. **Subjetividad y confidencialidad:** el paciente como sujeto de la toma de decisiones; características de la información (contenido, volumen) que se proporciona al paciente; La importancia de la confidencialidad y los aspectos jurídicos relacionados con ella. **Crisis y conflicto:** lo que hay que saber sobre el conflicto para resolverlo; qué hace que los pacientes sean casos complejos; qué son los estados emocionales de crisis y cómo influyen en la interacción; las etapas del duelo.
El médico como profesional		

tanto el eje «paciente y enfermedad» como el eje «el profesional sanitario como profesión» merecen un tratamiento más detallado en el marco de otros cursos. Son especialmente importantes el estudio de la psicología de los pacientes y las estrategias de prevención del agotamiento en los profesionales sanitarios, pero, dado el enfoque elegido, hemos dejado estos temas para otras actividades.

Habilidades

Empatía y apoyo:

establecimiento de relaciones de confianza con el paciente;

habilidad práctica para mostrar empatía y brindar apoyo, compasión y primeros auxilios psicológicos; mantenimiento de los límites personales;

considerar la consulta como un espacio para establecer relaciones

cómo y por qué hay que tratar de forma diferente a cada persona y, a pesar de las diferencias entre ellas, respetarlas como personas.

Autonomía y confidencialidad:

cómo proporcionar correctamente la información al paciente y determinar qué nivel de detalle necesita cada uno;

cómo garantizar en la práctica:

la confidencialidad (qué significa esto en la práctica, qué se puede hacer y qué no),

el derecho a la autonomía (cómo discutir con el paciente las decisiones sobre el curso del tratamiento y ayudarle a tomarlas).

Crisis y conflicto:

cómo trabajar con situaciones complejas;

cómo reconocer la complejidad del paciente y comprender cuáles son las raíces de dicha complejidad; cómo comunicarse en situaciones de gran tensión emocional y estrés;

cómo comunicar malas noticias.

CÓMO SE PUEDE UTILIZAR «UN LIBRO QUE NO DA NINGÚN MIEDO...» EN LA IMPARTICIÓN DEL CURSO

La comprensión y la atención hacia la otra parte constituyen uno de los principios fundamentales de la comunicación eficaz y del establecimiento de relaciones de confianza. La capacidad de observar y tomar nota de los distintos aspectos de la historia de vida del paciente, así como de adaptar a sus necesidades las intervenciones comunicativas y médicas, dan muestra del alto nivel emocional del personal sanitario y de su humanidad. Los protagonistas del libro ayudan a comprender lo que ocurre desde el otro lado, el del paciente.

La comprensión y la atención doinshastorvaeodnim
de los principios básicos de la comunicación eficaz

«Un libro nada aterrador...» es una recopilación de más de 60 historias de diferentes personas, con recomendaciones prácticas de médicos, psicólogos y pacientes. A pesar de incluir algunas historias de la vida de los médicos, incluso en su papel de pacientes, el libro invita a un viaje a través de la experiencia del paciente. A través de las historias de vida de diferentes personas, permite comprender qué acciones y comportamientos del personal sanitario tocan la fibra sensible, qué causa dolor y qué cura las heridas o reduce el nivel de estrés.

Las historias del libro describen situaciones que han tenido lugar en Ucrania en el contexto de nuestra realidad actual. Estas historias pueden utilizarse como casos prácticos para el debate, y a partir de ellas se pueden elaborar guiones para juegos de rol o para trabajar con pacientes simulados.

He aquí un ejemplo de cómo utilizamos una historia del libro como caso práctico para la formación en comunicación en situaciones de conflicto durante la Escuela de Medicina Familiar de Azov:

El padre de Yulia

«En casa estuvimos tiraban ese momento, cuand traduzcamos del padre a la analgesia mucho opiácea, por una médica conocida o (terapeuta, no es oncólogo ino cuenta tiempo que arcopaliativotivamentesu complemento (tumbas) dijo que, tan pronto como él empezara a tomar mar fin, le quedaría poco tiempo de vida.

Colihabitualainianalgésico(alivio)deen) (elnoayuda podían — y había tantos (dexalgin, spazmalgon,kever,nalbuf etc., No-Spa, Dimedrol, etc.), de esta lista se puede se b compilar pequeño farmacológico , – y médico de cuidados paliativos nos explicó que hay que adelantarse al dolor,ano«apagar el fuegoen», my con m y mi madre decidimos: era hora de comprar morfina.

mamá pidió familiar médica recetarle receta en rosa formulario para recibir morfina y parche con fentanilo. La doctora contaba, queoestotodavíanoes necesarioque,queopuedeseryaque afecta a la salud (el padre está en cuidados paliativos ¡venga ya!), y el parche de fentanilo es caro. Aconsejó comprarmásenelviernes (más)analgésicosyponerme inyecciones. Es interesante su cita textual: «Hay que se juega», es decir, si no ayuda un solo pincharse otro. Pero en los de cánc en las últimas etapas ya simpleme ya del los hacia pacientes er nte cuerp músculo dónde posibleacol¡oti!l jugar con los analgésicos cuando un ser querido sufre de dolor , eso es algo que no le g, desearía a nadie.

Jueves, 25 de julio de 2019. a mi padre d Desde primera hora de la mañana Me él nalbufina («juego», có Me aconsejó (familiar). No ayuda. e me duele, pincho. 30 minutos col No-shpa, analgin, dimedrol (sigo «jugando», co mo horadilafamilia na) – no ayuda, el dolor solo aumenta.

Pochi empiezo a llamar uno por uno a todos los médicos que conozco y a preguntar cómo se puede remediar a papá, sigo «jugar» con las las tiemblan. Al final mamá Llama a su familia y, ya gritando, exige que le extiendan una receta de morfina. inyecciones mano s

Tarea:
Eres compañera de trabajo de la médica de familia del padre de Yulia y conocida de Yulia desde hace tiempo. Ella quiere pasar a verte para pedirte consejo. Prepárate para la conversación con ella y analiza la situación desde ambos puntos de vista (el de Yulia y el de la médica), utilizando la tabla con la estructura de una conversación compleja.

¿CÓMO SABEMOS QUE EL ENFOQUE CENTRADO EN EL PACIENTE FUNCIONA?

Cuando empezamos a trabajar en el curso en formato de taller, se trataba de un experimento y no podíamos prever con claridad qué obtendríamos al final. Cada uno se incorporaba a este proceso de creación con su propia perspectiva de «docente», «médico», «paciente», con sus propias expectativas, conocimientos y actitudes; esto, en ocasiones, no hacía más que agudizar y enriquecer los debates del taller. De hecho, en el transcurso de los debates, al buscar el consenso, pulíamos las ideas y cristalizábamos los mensajes que queríamos transmitir a los alumnos del curso.

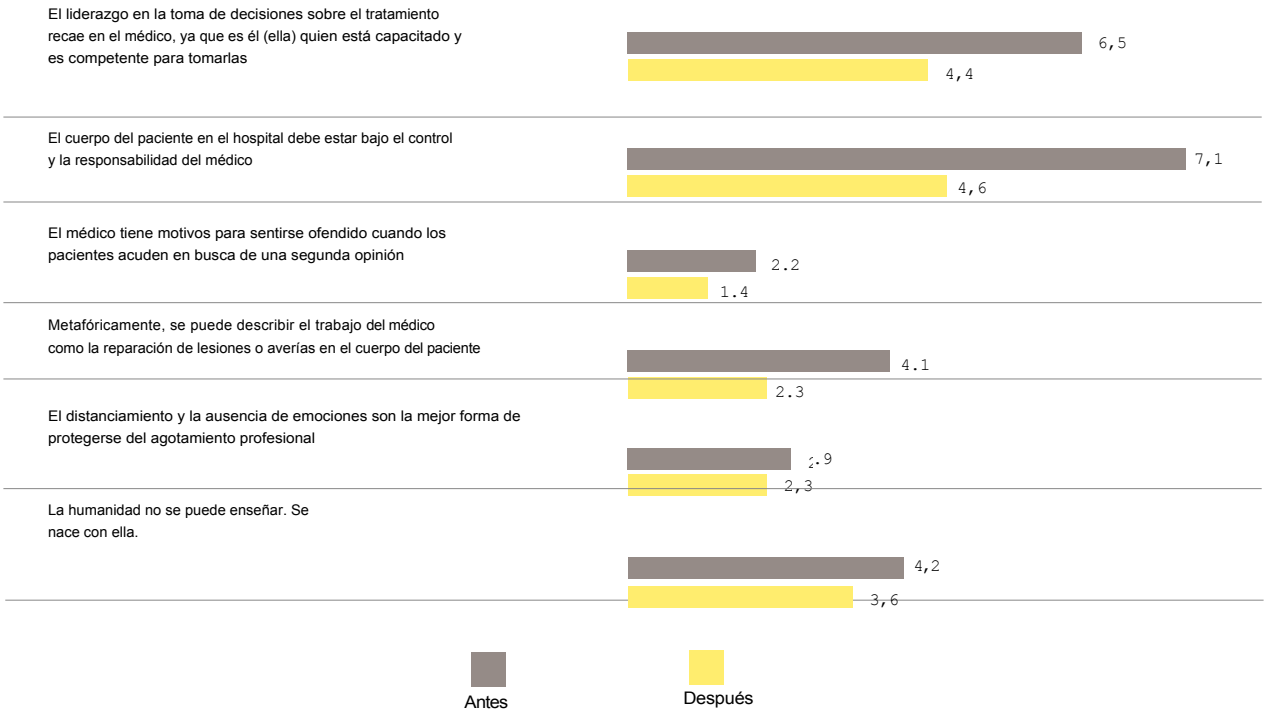


Fig. 3
Comprensión de la humanidad: encuestas antes y después del taller

Los comentarios de las participantes también confirmaron que el formato de la formación (más horizontal/igualitario) había sido acertado. Aquí todas las participantes tuvieron la oportunidad de participar activamente en el proceso. La sincera implicación de cada una de las co-creadoras acabó cambiando la actitud hacia muchos aspectos de los temas tratados. Por ejemplo, tras participar en el taller, las participantes están mucho menos de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

«El liderazgo en la toma de decisiones sobre el tratamiento corresponde al médico, ya que es él o ella quien está capacitado y es competente para tomarlas».

«El cuerpo del paciente en el hospital debe estar bajo el control y la responsabilidad del personal sanitario».

«Metafóricamente, se puede describir el trabajo del médico como la reparación de daños o averías en el cuerpo del paciente».

Daryna Bohdan





QUE IDEA PROPONE
MANUAL SOBR CADA
BLOQUE DE E TEMA
S?

TEMA 1

Enfoque centrado en la persona

TEMA 1
ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA

En el pasado, los médicos desempeñaban el papel principal en el proceso terapéutico. Pero los tiempos cambian. Al estudiar la comunicación de los profesionales sanitarios con los enfermos, se ha observado que el paciente actúa como un socio durante la consulta. Él es el experto: nadie mejor que él puede hablar sobre el funcionamiento de su organismo, sus trastornos o el motivo por el que acude en busca de ayuda. Por eso, actualmente las fuentes más autorizadas, como la OMS, hablan de una asistencia orientada al paciente, a la persona o al ser humano.

Miriam Duvaigel,
profesora de comunicación en medicina de la
Universidad de Gante (Bélgica) y
presidenta de la Asociación Europea de Comunicación en Salud

Hemos analizado muchos artículos y libros diferentes para elaborar esta guía. Nos hemos encontrado con diversos términos que designan lo que para nosotros es importante:

- la persona es más que su diagnóstico,
- El paciente es más que su cuerpo,
- el médico es más que su profesión.

Tanto el médico como el paciente son personas. Cada vez tienen un estado de ánimo y unos sentimientos diferentes. Tienen diferentes creencias y convicciones.

Hemos encontrado nombres muy diferentes para el enfoque que compartimos: enfoque centrado en la persona y en el paciente, modelo biopsicomédico, enfoque orientado a las relaciones. Así que no se preocupen si

encontrar diferentes nombres en diferentes fuentes. Lo más importante es que, independientemente de cómo los llamemos —humanidad, empatía, compasión o empatía— estén presentes en nuestras relaciones con los pacientes. Con toda la riqueza de matices que reflejan la diversidad de los caracteres, estados de ánimo y sentimientos humanos.

Independientemente de cómo las llamemos — humanidad, la compasión o la solidariedad — (ellas) deben estar presentes en las relación(es) con el paciente

Creemos que podemos crear un espacio para la relación entre el paciente y el médico, un espacio en el que haya lugar para las necesidades emocionales o espirituales, en el que se respete la diversidad y en el que las personas se escuchen unas a otras. Trabajamos para que los futuros médicos y enfermeros estén mejor equipados con herramientas de comunicación y comprensión:

- cómo trabajar con la alteridad sin juzgar,
- cómo empatizar y apoyar sin agotarse,
- cómo estar cerca sin perderse a uno mismo.

En este capítulo descubrirá la transformación que ha experimentado la relación médico-paciente en los últimos cien años en todo el mundo, encontrará ejemplos de las complejas transiciones de una interacción autoritaria a una de colaboración en la historia reciente de la práctica médica ucraniana y podrá comprender en qué consiste exactamente ese enfoque centrado en la persona en el contexto médico.

Somos conscientes de que el camino hacia una relación de colaboración entre el personal sanitario y los pacientes es largo y difícil, ya que exigirá cambios de comportamiento por parte de ambas partes. Los pacientes tendrán que asumir una mayor responsabilidad en las decisiones relativas a su salud, y los médicos, compartir esa responsabilidad con los pacientes. Ambas partes deben escuchar más y mostrar más respeto, tal y como hizo el enfermero en la historia sobre el padre de Larisa, que encontrarás a continuación; y, sobre todo, trabajar en sus habilidades de comunicación.

UNA HISTORIA SOBRE LA DIGNIDAD, EL DERECHO A ELEGIR Y LA ÚLTIMA CALADA DE UN CIGARRILLO

A mi padre le diagnosticaron un sarcoma agresivo con metástasis por todo el cuerpo, incluso en el cerebro. Sus manos y piernas empezaron a hincharse y a ponerse moradas. Una semana después le diagnosticaron gangrena. La amputación de ambas manos duró casi un día entero: le suturaron y le hicieron transfusiones de sangre. El médico nos advirtió que las reacciones al despertar podían ser muy diversas, por lo que era importante que alguien estuviera a su lado.

Cuando lo llevaron a la UCI, recuperó el conocimiento y me miró. No entendía lo que había pasado, intentó levantar las manos, pero no tenía nada que levantar. Mi padre preguntó:

— ¿Qué me pasa?

Intenté explicárselo. Se echó a llorar.

— «Por favor, vete», dijo y se quedó inconsciente.

Lo siguiente que recuerdo es que me ofrecía la mejilla para que le afeitara. Parecía que se estaba preparando, arreglándose.

— Tengo tantas ganas de fumar. Dame un cigarrillo.

— Papá, se lo preguntaré al médico. No puedo tomar esa decisión por mi cuenta, teniendo en cuenta tu estado. Hablé con el médico con mucho respeto. Me prohibió terminantemente que fumaras, explicando que, debido a las metástasis en el cerebro, la primera calada podría tener consecuencias impredecibles.

Papá seguía diciendo que fumar era su único deseo. Le prometí que la próxima vez y en adelante, y me fui a casa.

— Papá murió. Acaban de llamar desde el hospital: papá falleció.

Me dirigí inmediatamente a la sala. Su habitación ya estaba vacía. Estaba allí solo, y ahora no había nadie. Entré con cuidado en la habitación y sentí el olor a humo de tabaco. Papá ya no estaba, pero el humo aún permanecía.

En el pasillo, un celador caminaba nerviosamente. Era un hombre mayor, completamente calvo, que por algo me recordaba al asesino de una película de terror. Cuando ingresaron a papá en la sala, me dijeron que era un celador con mucha experiencia y que cuidaría bien de mi padre.

Y ahí estoy, frente a él, mirándonos el uno al otro.

— ¿Le dejaste fumar?

— No pude evitarlo. Me lo pidió con insistencia. Dijo que era su último deseo, que tenía derecho, que quería y que era su decisión. Y le dejé fumar…

Larisa, «Un libro nada aterrador sobre la vida, la muerte y todo lo que hay entre ellas»

Objetivos:

Actitudes	Conocimientos	Habilidades
El enfoque centrado en la persona como base de la filosofía de las relaciones con el paciente.	Principios del enfoque centrado en el paciente, ventajas del enfoque centrado en el paciente, Principios de la comunicación médica en el enfoque centrado en el paciente.	

Mensaje clave:

EL ENFOQUE CENTRADO EN EL PACIENTE ES
CPOSIBNADANNYA(ME) DELA ASISTENCIA MÉDICA,
CÓMOAVÍDPO SE ADAPTA A LAS
NECESIDADES INDIVIDUALES
PO NECESIDADES Y VALORES DE LOS
PACIENTES
AYTAMBIENRESPETAR RESPETAR SUS DESEOS
TAPEREVAG Y A LA HORA DE TOMAR
DECISIONES
SOBRE SU PROPIA SALUD Y
TRATAMIENTO.

Qué enseñar:

- Principios del enfoque centrado en el paciente: el paciente no es una víctima ni un objeto, es un socio.
- Enfoques centrados en el paciente frente a enfoques paternalistas en la relación médico-paciente. Modelos biopsicosociales frente a modelos biomédicos.
- Componentes del enfoque centrado en el paciente: empatía, respeto, implicación, relación, comunicación, toma de decisiones conjunta, enfoques holísticos e individuales, coordinación de la asistencia. Ventajas del enfoque centrado en el paciente: alto nivel de confianza, comprensión de las necesidades, reducción de la ansiedad, aumento del nivel de satisfacción.
- Principios de la comunicación en el enfoque centrado en el paciente.
- Mapa de la comunicación eficaz (según Silverman): contenido, proceso, percepción.
- Cómo el enfoque centrado en el paciente contribuye a la consecución de la cobertura universal de los servicios de salud.
- Estrategias clave de la OMS para el desarrollo del sistema de salud con el fin de implementar un enfoque centrado en el paciente.

Cómo impartir la clase:

Dado que el tema no prevé la práctica de habilidades, recomendamos alternar miniconferencias con ejemplos y debates interactivos. Por ejemplo:

- evaluación del nivel inicial de conocimientos (prueba de control) en formato electrónico o en papel;
- miniconferencias;
- debates interactivos;
- proyección de vídeos con consultas en ambos formatos.

Conclusiones:

El enfoque centrado en el paciente es una forma de prestar asistencia médica que tiene en cuenta los valores, los deseos y las preferencias del paciente, y lo involucra en el proceso de tratamiento.

El enfoque centrado en el paciente se introdujo en el siglo pasado como contrapunto al paternalismo en la medicina y a partir de la formulación del modelo biopsicosocial.

El enfoque centrado en el paciente es una nueva filosofía y forma de pensar que promueve el respeto y la empatía hacia las personas que reciben asistencia médica, y tiene en cuenta los factores sociales que influyen en el estado de salud. El enfoque centrado en el paciente considera la salud no solo como la ausencia de enfermedad, sino como una vida plena, un estado de completo bienestar físico, mental y social.

La creación de sistemas de salud centrados en las personas es fundamental para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Los materiales de trabajo con ideas más detalladas, ejemplos de posibles ejercicios de evaluación y una lista de bibliografía recomendada se pueden encontrar en la segunda parte del manual y mediante los códigos QR en el tema correspondiente de la segunda parte del manual (pág. 157).

TEMA 2

Empatía

TEMA 2. EMPATÍA

La empatía consiste en ponerse en el lugar del otro,
sentir con su corazón y ver con sus ojos.

Daniel G. Pink

¿CÓMO APORTAR HUMANIDAD A LA MEDICINA? LA HISTORIA DE NATALIA, QUE NO ACUDE AL MÉDICO HASTA QUE SE «QUEMA»

«Sé que es irresponsable y nada adulto, pero rara vez acudo al médico. Y da igual a quién: al dentista, al oftalmólogo, al ginecólogo o al neurólogo. Hasta que no me quema, no voy. Sufrí una lesión medular en un accidente de tráfico. Solo quiero sentirme una persona normal, y no una «niñita en silla de ruedas», cuenta mi compañera Natalia.

Casi todos los días me enfrento a conflictos entre pacientes y médicos, y busco respuestas a preguntas como: ¿cómo cambiar la actitud del médico hacia el paciente y viceversa? ¿Cómo enseñar a estas personas a escucharse mutuamente? ¿Cómo romper el círculo vicioso de la desconfianza y la desesperanza?

A menudo no acudimos al médico porque no queremos enfrentarnos a la humillación y a la falta de respeto básico hacia nosotros, al sarcasmo y a las manipulaciones. Precisamente por acudir tarde en busca de ayuda perdemos muchas vidas, ya que en las fases avanzadas de las enfermedades los médicos a menudo no pueden hacer nada para ayudar. Por eso creo que una dosis de humanidad y empatía en los pasillos y consultas médicas, en el sentido más literal, salvará vidas.

Soy consciente de que el camino hacia una relación de colaboración entre el personal sanitario y los pacientes es largo y difícil, ya que exigirá un cambio de actitud por parte de ambas partes. Pero creo que podremos crear un espacio para las relaciones en el que haya lugar para las necesidades emocionales, en el que se respete la diversidad y en el que las personas se escuchen unas a otras.

La historia de Natalya no trata solo de la vida de una persona en silla de ruedas. Trata de cada uno de nosotros.

«Antes de cada visita al médico, me preparo mentalmente. En mi cabeza se agolpan un montón de preguntas: «¿Qué voy a decir?», «¿Qué palabras elijo?», «¿Estoy preparada hoy para encontrarme con un médico desconcertado?». En realidad, quiero estar segura de que el personal del centro médico me tratará con amabilidad y de que recibiré ayuda. Y que, además de la ayuda física, no tenga que pasar mucho tiempo curando las heridas emocionales causadas por todo lo que he oído y vivido.

La falta de tacto y empatía duele más que la falta de acceso al baño. Seguro que escucharé de los médicos, enfermeras y auxiliares palabras de compasión por mi difícil destino como persona con discapacidad, por el heroísmo de mi marido, que aún no me ha abandonado: «¿QUÉ? ¿Aún no puedes mover la pierna?», me llaman «niñita en silla de ruedas» y dicen «Dios mío, ¿cómo vives?». Quiero que me libren de tener que escuchar todo este torrente de pensamientos. Que hablen de mí como «persona con discapacidad», y no como «discapacitada». Que las personas que trabajan en el hospital puedan distinguir la grosería de la empatía, sus propios juicios de las frases corteses, el tacto de la descortesía.

Iyudinoyu,an e «niñita en su carrito»

Yop simplemente quiero sentirme normal

La consulta con la neuróloga. La doctora solo me miró una vez. Durante el resto de la exploración, apartaba la mirada, miraba a todas partes, menos a mí. Hablaba con la enfermera, con mi marido, pero no se dirigía a mí. Me sentí como una persona con un retraso mental profundo. Y cuando acudí a esa misma doctora para obtener un certificado para Ukrzaliznytsia, se las arregló para transcribir en un trozo de papel A6 casi todo el informe médico sobre mi lesión y todas las enfermedades asociadas. En aquel momento, yo misma aún no había asimilado ni aceptado todos los puntos de la lista, y mucho menos compartir esa información con todo el mundo y con Ukrzaliznytsia. Y esa doctora se indignó cuando le pedimos que lo reescribiera y mencionara solo que no puedo caminar y que me veo obligada a usar una silla de ruedas. Quiero que esos pequeños detalles cobren importancia. Que me miren a los ojos. Y también quiero que hablen conmigo, porque soy una persona.

Quiero que me hablen, porque yo—amoa

La visita al ginecólogo. Normalmente, el médico te hará las preguntas habituales (¡pero no todas!) y anotará tus respuestas. Cuando se entere de que tienes un hijo, por alguna razón suspirará de alivio y dirá: «Qué bien que tengas un niño». Te dará a entender que ni siquiera deberías pensar en tener hijos, y luego se despedirá con satisfacción y un alivio ostentoso, sin haberte examinado. No hay dónde examinarme. Al fin y al cabo, no hay equipamiento para pacientes con lesiones medulares. Llamamos a mi marido. Él me sienta en esa maldita silla. Porque no hay otra. Quiero que sea cómodo tanto para mí como para el médico, y que no tengamos que pedir ayuda a nadie.

El tacto frente a la descortesía

Distinguir la grosería de la empatía,

Debido a los requisitos burocráticos, tengo que pasar varias semanas en el hospital de forma regular. Durante ese tiempo, me ingreso en el hospital junto con mi marido. Porque, a pesar de la rampa no normativa en la entrada y las puertas anchas sin umbrales en las habitaciones, no puedo llegar a todas partes por mí misma. Pero la accesibilidad no es el mayor problema.

Antes lloraba, luego me enfadaba y respondía con brusquedad; ahora todo eso me divierte o me irrita. Pero sé con certeza que merezco más respeto y dignidad. Merezco un trato humano y una pizca de empatía. Porque soy una persona».

¿Qué hay que cambiar para que Natalia y todos nosotros no tengamos experiencias negativas y traumáticas dentro de los hospitales y en casos concretos de interacción con médicos, enfermeras y otros profesionales sanitarios?

En primer lugar, recordar que una persona es más que su diagnóstico. Un paciente es más que su cuerpo. Un médico es más que su profesión.

En segundo lugar, popularizar e implementar un enfoque centrado en la persona en el sistema sanitario de Ucrania. En diferentes fuentes, los nombres de este enfoque varían: enfoque centrado o orientado en la persona y en el paciente, modelo biopsicomédico, enfoque orientado a las relaciones.

Pero, independientemente del nombre, el contenido no cambia: la humanidad, la empatía y la compasión son los pilares fundamentales de la comunicación entre el médico y el paciente.

Con todos los matices que reflejan la diversidad de los caracteres, estados de ánimo y sentimientos humanos, estos deben estar necesariamente presentes en la relación entre el médico y el paciente.

Se trata de un cambio de comportamiento no solo por parte de los médicos y todo el personal sanitario. Los pacientes tendrán que asumir una mayor responsabilidad en las decisiones relativas a su salud, y los médicos, compartirla con ellos. Ambas partes deben escuchar más y mostrar más respeto. Y lo más importante: trabajar en las habilidades de comunicación.

Mi fe brota del terreno de los cambios reales. En 2021, dos centros de enseñanza superior de medicina en Chernivtsi y Rivne pondrán en marcha el curso «Humanidad y empatía en la atención sanitaria» para futuros médicos y enfermeros. Esto se hizo realidad gracias al trabajo conjunto de 15 profesoras de instituciones de educación superior médica en el marco del proyecto ucraniano-suizo «Desarrollo de la educación médica».

Este curso es nuestra inversión en una nueva realidad en la que el paciente y el médico son socios. No gastan energías en luchar entre sí, sino que juntos combaten las enfermedades, salvan vidas y promueven la salud.

Con bastante frecuencia, cuando en las conversaciones sobre medicina se aborda el tema de la humanidad, surgen argumentos relacionados con el agotamiento profesional. Estas conversaciones suelen terminar en un círculo vicioso: los pacientes exigen atención y compasión, lo cual requiere muchos recursos por parte del personal sanitario y estos se agotan rápidamente; la empatía agota a los médicos, por lo que no la practican. Hemos investigado la empatía y su relación con el agotamiento, y hemos analizado si realmente una cosa provoca la otra. ¿Se puede afirmar con certeza que el neurólogo y el ginecólogo de la historia de Natalya se comportaron así precisamente debido al agotamiento?

Una serie de estudios en inglés nos muestran que no existe una relación causal negativa entre la empatía y el agotamiento, o que esta no está demostrada. Un estudio realizado entre médicos y enfermeras españoles reveló que un alto nivel de empatía se correlaciona con un bajo nivel de agotamiento, es decir, los trabajadores más empáticos se agotan menos, y no más, como se suele creer. Los investigadores coincidieron en que los profesionales sanitarios más empáticos

en atención primaria sufren menos agotamiento y que la formación en empatía y comunicación no contribuye al agotamiento profesional, sino que, por el contrario, es una forma eficaz de prevenirlo.

Por eso, decidimos comprender cómo la empatía puede prevenir el agotamiento, en lugar de provocarlo. ¿Cuáles son los límites de la empatía sana? ¿Cómo podemos apoyar a los médicos para que los respeten?

Existen muchas definiciones e interpretaciones de la empatía, pero hemos coincidido en que resulta útil distinguir entre compasión, empatía y empatía activa. Porque, en nuestra opinión, es precisamente la empatía la que permite reducir el agotamiento y, al mismo tiempo, ayuda a construir relaciones duraderas.

Rozriznitispivchutia, la empatía y la solidariedad

Cuando sentimos compasión, nos sumergimos emocionalmente en la situación; en cierto sentido, la vivimos junto con el paciente.

Cuando nos compadecemos, no solo nos sumergimos emocionalmente, sino que además intentamos ayudar/salvar/actuar de acuerdo con nuestras fuertes emociones. Seguimos nuestras intensas sensaciones y las convertimos en acción.

Cuando empatizamos, sentimos en dosis muy ligeras y comprendemos por lo que está pasando el paciente, y demostramos esa comprensión, ya sea verbalmente o no verbalmente, enviando el mensaje: «Entiendo lo que estás viviendo, respeto tu vulnerabilidad, lo tendré en cuenta en mis acciones, estás a salvo conmigo».

La empatía: un puente seguro para el médico y el paciente

Los médicos nos preguntan a menudo si la empatía es realmente necesaria, sobre todo cuando la tarea principal del médico consiste en realizar procedimientos altamente técnicos. Por ejemplo, ¿necesita empatía un cirujano? Durante la elaboración del manual

encontramos estudios que ilustran que incluso los cirujanos necesitan empatía y otras competencias emocionales. Los fallos de comunicación son una causa conocida de errores quirúrgicos. Las competencias emocionales pueden reducir las barreras comunicativas en la relación médico-paciente. La comprensión y la atención a los estados emocionales del médico y del paciente pueden mejorar la calidad de los exámenes objetivos y subjetivos. La capacidad del cirujano para comprender el estado emocional del paciente ayuda a personalizar la estrategia de tratamiento y las consultas, lo que conduce a mayores niveles de satisfacción de los pacientes.

Las emociones (¡incluso en los cirujanos! Por no hablar de otros médicos y enfermeras, que están más en contacto con los pacientes) desempeñan un papel fundamental en la respuesta al estrés y al agotamiento. El desarrollo de las competencias emocionales ayuda a reducir los efectos negativos del estrés y el agotamiento, que, como es sabido, son fuentes comunes de deterioro de la salud mental, de errores médicos y de la «despersonalización» de los pacientes, que parece protectora pero que en realidad es destructiva. Un alto nivel de inteligencia emocional permite al médico comprender mejor sus propias emociones (autoempatía) y las fuentes de estrés que le rodean, lo que, a su vez, le ayuda a gestionar el estrés y a detectar el agotamiento en sus primeras fases. La comprensión de las emociones (tanto propias como ajenas) permite al médico reaccionar de forma más eficaz ante los retos externos y tratar con mayor cuidado tanto a sí mismo como a los demás.

La comprensión empática influirá en la elección de las palabras y el tono de la comunicación, y la comunicación siempre influye en el nivel de confianza. Una buena comunicación genera confianza; una mala, la destruye. Muchos autores coinciden en que comprender es solo una parte del rompecabezas; también es importante mostrar esa comprensión al paciente para que se sienta escuchado y visto, lo que además contribuye a establecer relaciones mejores y más de confianza, lo que sin duda se refleja en el resultado clínico.

Por otro lado, podremos conservar nuestras fuerzas y no caer en los extremos de querer salvar el mundo constantemente. Porque, como sabemos, si salvamos el mundo constantemente sin cuidarnos a nosotros mismos, el agotamiento se hará notar rápidamente. Por lo tanto, la empatía es un puente bastante seguro para la relación entre el médico y el paciente, que proporciona apoyo y equilibrio y evita que nos dejemos llevar por la corriente de las emociones humanas.

Objetivos:

Actitudes	Conocimientos	Habilidades
El enfoque centrado en la persona como base de la filosofía de las relaciones con el paciente.	Conceptos: empatía, empatía, compasión.	Conciencia de las propias experiencias y sentimientos; desarrollo de la observación psicológica; desarrollo de habilidades «interpretar» señales no verbales; desarrollo de la habilidad de expresarse con empatía; desarrollo de la capacidad de empatizar.

Mensaje clave:

LA EMPATÍA AYUDA A CONSTRUIR RELACIONES DE CONFIANZA ENTRE EL MEDICO
IPA EL PACIENTE, PREVENIR LA APARICION
CONFLIKTI Y FAVORECER SU
RESOLVER, REDUCIR EL ESTRES Y
VIG SALVAR. ES NECESARIO DESARROLLARLO
A TRAVÉS DEL TRABAJO SOBRE LAS
PROPIAS COMPETENCIAS EMOCIONALES·

¿Qué enseñar?

- La diferencia entre empatía, compasión y solidario.
- Protocolo NURSE
- La inteligencia emocional y su relación con la empatía.
- Cómo desarrollar las competencias emocionales. Herramientas para la autorregulación.
- Test de competencias emocionales.

¿Cómo impartir la clase?

Recomendamos alternar miniconferencias con ejemplos y debates interactivos, utilizar casos prácticos y practicar protocolos de respuesta empática.

Conclusiones:

La empatía permite construir mejores relaciones y trabajar de forma más eficaz con los pacientes.

La empatía previene el agotamiento y permite gestionar mejor el estrés. Es importante

desarrollar la empatía hacia los demás junto con la empatía hacia uno mismo.

El desarrollo de la inteligencia emocional ayudará a aumentar la eficacia de la interacción a distintos niveles y ahorrará muchos recursos.

El desarrollo de las competencias emocionales merece la pena para diseñar un curso específico y integrar su trabajo en los programas de diferentes especialidades.

En la segunda parte del manual se pueden encontrar materiales de trabajo con ideas más detalladas, ejemplos de posibles ejercicios de evaluación y una lista de bibliografía recomendada.
y mediante los códigos QR que figuran en el apartado correspondiente de la segunda parte del manual (pág. 190).

TEMA 3

La confianza en la relación paciente-enfermera

La consulta como espacio para construir una relación de colaboración

TEMA 3

LA CONFIANZA EN LA RELACIÓN CON EL PACIENTE. LA CONSULTA COMO ESPACIO PARA CONSTRUIR UNA RELACIÓN DE COLABORACIÓN

Sin una buena comunicación, la asistencia médica es, en el mejor de los casos, ineficaz; en el peor, peligrosa.

Anthony L. Sachman
Profesora de Medicina de la Universidad de Rochester, EE. UU.

LA HISTORIA DE IVANNA Y EL NEUROCIRUJANO EMPÁTICO

El neurólogo recomendó a mi marido que consultara a un neurocirujano. Hasta ese momento no habíamos tenido experiencia con neurocirujanos, así que le pregunté si podía recomendarnos a alguno de sus colegas.

—Pueden acudir al neurocirujano de nuestro hospital. He oído a algunos colegas decir que es un «cirujano reflexivo», es decir, que no opera sin pensar. Y parece que el doctor Roman H. también tiene buenas referencias, pero no sé dónde atiende ahora.

Mi marido y yo hemos decidido consultar a ambos. Si sus recomendaciones coinciden, nos operaremos con aquel que, como se suele decir, nos caiga mejor. En caso de que las opiniones de los médicos sean contrarias, acudiremos a un tercer médico.

No voy a describir la consulta con el neurocirujano, que trabaja en el mismo hospital que el neurólogo, porque mi historia trata sobre la humanidad, algo que no tiene nada que ver con ese médico.

A la mañana siguiente nos dirigimos rápidamente al hospital. Esperamos nuestro turno y entramos.

Contamos nuestra historia. El doctor Roman examina al hombre, da su veredicto y nos explica todas las ventajas y desventajas de la operación. Responde con total tranquilidad a todas mis preguntas. Y nos deja decidir si operarnos o no. Había tanto respeto, humanidad y serenidad en las palabras del médico que nos bastó media tarde para tomar una decisión.

Me gustaría que los médicos fueran conscientes de que el paciente está realmente asustado. Él y sus familiares están nerviosos, por eso hacen cincuenta preguntas para aclarar sus dudas. Para el médico es una rutina diaria, pero para el paciente es miedo e incertidumbre. Por eso, los médicos sensatos y humanos tienen la paciencia, los conocimientos y el respeto hacia el paciente necesarios para explicarle todo con detalle.

El doctor Roman, de camino al quirófano, decidió animarme:

—Entiendo que esté nerviosa, porque veo que tiene un buen marido. Pero todo irá bien. En cuanto recupere la conciencia tras la anestesia, le llamaré por teléfono.

La operación y la rehabilitación fueron un éxito, y el día del alta fuimos a ver al médico para darle las gracias por su humanidad y su profesionalidad.

Hablé con lágrimas en los ojos, y el médico escuchaba. También con lágrimas en los ojos.

Ivanna, esposa del paciente (nombre ficticio)

La confianza es algo intangible. No se puede tocar. Pero, al mismo tiempo, es muy concreta: o la hay, o no la hay. Es difícil encontrar una definición para ella o trazar los pasos para alcanzarla, pero siempre podemos decir si la tenemos o no. Del mismo modo, Ivanna y su marido tenían muy claro a qué médico acudirían, porque la confianza, y la forma en que se derrama como calor en el interior y abre el corazón, es una guía fiable.

La confianza en las relaciones permite ahorrar tiempo y esfuerzo, y aporta mucha belleza y seguridad. Cuando no existe, dedicamos muchos recursos a normas y procedimientos, a trámites y papeleo, en un intento por protegernos. En el contexto médico, la confianza es importante para ambas partes: tanto para el médico como para el paciente. Sin confianza, ayudar es casi imposible, y recuperarse, también.

Sin confianza, ayudar es casi imposible,
recuperarse tampoco

Al buscar la respuesta a la pregunta de dónde surge en las personas la confianza en el médico, nos dimos cuenta de que cada persona tiene una visión diferente. Algunas acuden al médico con un cierto crédito de confianza, que el médico puede utilizar para aumentarla y ganarse un paciente fiel, o para perder ese crédito. Perderla, por supuesto, es más fácil y rápido que multiplicarla. Esa confianza suele basarse en recomendaciones de conocidos o familiares, en la confianza en el centro médico o en la reputación y los méritos del médico.

Otras personas, en cambio, acuden al médico con una confianza casi nula y un historial de experiencias negativas, y entonces hay que acumular y ganarse esa confianza para poder seguir trabajando juntos. En estos casos, el primer contacto es especialmente importante, ya que es imposible causar una buena primera impresión dos veces. El respeto y el entendimiento mutuos, así como la capacidad de encontrar un enfoque individualizado, influyen mucho en el nivel de confianza del paciente. Teniendo en cuenta el contexto actual, bastante complejo, y el bajo nivel de confianza en el sistema sanitario en general, los médicos se encuentran con bastante frecuencia con pacientes con un «historial complicado», que han perdido la fe, a quienes otros médicos han traicionado o engañado. Generar confianza con pacientes tan escépticos requiere aún más esfuerzo.

Entonces, ¿cómo se puede generar confianza? En general, hay cuatro factores que influyen en el desarrollo de la confianza:

- **Previsibilidad.** Cuando el comportamiento del médico o la médica se vuelve previsible y comprensible para el paciente, este sentirá más confianza.

- **Tiempo y número de interacciones.** La confianza rara vez surge de forma instantánea. Si el médico se comporta de manera comprensible y predecible para el paciente durante un tiempo y en diferentes situaciones, con el tiempo el nivel de confianza irá aumentando. Generar confianza lleva tiempo, pero se puede perder en un instante.

- **Información.** La información proporcionada hace que la realidad sea más comprensible y predecible: cuanto mejor sea la calidad del intercambio de información que el médico establezca con el paciente, y cuanto mejor adapte la información a las necesidades de cada uno, mayor será la confianza que se deposite en él. Los pacientes suelen mostrarse recelosos ante los médicos que no comparten información.

- **Comunicación.** La comunicación es, sin duda, la herramienta fundamental para construir la confianza en las relaciones. Al fin y al cabo, es gracias a ella que determinamos si las palabras coinciden con las acciones. Son precisamente estas coincidencias las que nos hacen predecibles para los pacientes. Por eso, en este capítulo del manual hemos dedicado gran atención a la comunicación con el paciente durante la consulta.

Así pues, en este capítulo analizaremos cómo construir la confianza sobre los cimientos de una comunicación eficaz durante la consulta.

Objetivos:

Actitud	Conocimientos	Habilidades
El enfoque centrado en la persona como base de la filosofía de la relación con el paciente.	Cómo generar confianza en la relación con el paciente; La consulta como espacio para construir relaciones.	Lograr el entendimiento mutuo y la confianza; Establecimiento de relaciones de colaboración; preguntas abiertas; comunicación verbal y no verbal; exploración de las emociones del paciente; empatía.

Mensaje clave:

LA ÚNICA MANERA DE GENERAR CONFIANZA EN LA RELACIÓN CON EL PACIENTE ES SER COMPRENSIVO Y PREVISIBLE.
LA CAPACIDAD DE COMUNICARSE: LA BASE DE LAS HABILIDADES CLÍNICAS, EL COMPONENTE MÁS IMPORTANTE
COMPONENTE DE LA COMPETENCIA DEL MÉDICO.

Qué enseñar:

- Modelo de consulta tradicional frente al modelo centrado en el paciente.
- Comunicación centrada en el paciente: principios básicos.
- Estructura de la consulta clínica según el modelo de Calgary-Cambridge.
- Comunicación no verbal durante la consulta.
- La tríada ICE (ideas, preocupaciones, expectativas) para comprender las reacciones emocionales.
- El algoritmo de comunicación empática N.U.R.S.E. (nombre, comprender, respetar, apoyar, explorar).

Cómo impartir la clase:

Lo concebimos como una o varias sesiones prácticas e interactivas, estructuradas según los siguientes principios:

- de lo particular a lo general: mapas de emociones, lenguaje empático – partes concretas de la consulta – la consulta en su conjunto;
- de lo simple a lo complejo: paciente con actitud positiva, dispuesto a cooperar – trabajo con un paciente con actitud negativa.

En consecuencia, le proponemos utilizar los siguientes formatos para interactuar con el público:

- evaluación del nivel inicial de conocimientos (prueba de control) en formato electrónico o en papel;
- miniconferencia;
- encuesta oral/actividad interactiva/proyección de un vídeo;
- análisis de casos reales y/o su debate en pequeños grupos;
- escenario con un paciente simulado, con grabación en vídeo y sesión de análisis posterior;
- prueba final para evaluar el nivel de conocimientos teóricos.

Conclusiones:

La responsabilidad por el resultado es compartida (tanto del médico como del paciente).

El enfoque centrado en el paciente para la prestación de asistencia médica se basa en el entendimiento mutuo y la colaboración entre el paciente y el médico.

El modelo Calgary-Cambridge se basa en una estructura clara de la consulta médica y en datos respaldados por investigaciones.

En la comunicación con el paciente, el médico debe basarse en habilidades comunicativas cuya eficacia ha sido confirmada por numerosos estudios. No conviene confiar únicamente en la propia experiencia y en los sentimientos, ya que pueden dar lugar a numerosos errores.

El uso del modelo Calgary-Cambridge de consulta médica centrada en el paciente mejora los resultados clínicos y la adherencia al tratamiento, es rentable y reduce el número de reclamaciones y demandas judiciales.

Los materiales de trabajo con ideas más detalladas, ejemplos de posibles ejercicios de prueba y una lista de bibliografía recomendada se pueden encontrar en la segunda parte del manual y a través de los códigos QR en el tema correspondiente de la segunda parte del manual (pág. 212).

TEMA 4

Autonomía del paciente y los límites profesionales

TEMA 4. SUBJETIVIDAD Y AUTONOMÍA DEL PACIENTE. LÍMITES PROFESIONALES

Para vivir y superar nuevos retos, necesito convertirme en líder. En una líder que antes no era. Sí, puede que necesite ayuda en las tareas cotidianas, si
Me sentiré mal, pero no hay que decidir por mí... Y para mí es importante contar con apoyo en este liderazgo: para sentirme a mí misma, para entender el mundo, para tomar decisiones difíciles y para reorganizar mi propia vida. Sea como sea y termine cuando termine, para mí es importante decidir por mí misma cómo recorrer este camino

Suz Meffert
Historia de «Un libro nada aterrador sobre la vida, la muerte y todo lo que hay entre ellas»

HISTORIA SOBRE LA MADRE DE MARÍA Y LOS DILEMAS DEL TRATAMIENTO

El año pasado le diagnosticaron cáncer a mi madre. Cuarto estadio, pulmones, metástasis. Sin esperanzas. Sin posibilidades. Le quedaban como mucho unos meses.

Aceptar esa noticia resultó muy difícil. Tanto para ella como para mí. Más tarde comprendí que los médicos hablaban de «tratamiento» por pura compasión. Al fin y al cabo, el tratamiento tiene como objetivo la curación. Y en nuestra situación, cualquier acción entraba más bien en la definición de «cuidados paliativos».

El cáncer es una enfermedad individual. No hay métodos probados que funcionen para todo el mundo. El tratamiento se selecciona en función de cientos de indicadores concretos.

Una vez, en una de las primeras etapas de nuestra lucha, cuando llevé a mi madre a lo que ya no era ni mucho menos su primer tratamiento duro, me dijo: «Mash, me siento como un simple trozo de carne». Y luego habló de la calidad de vida. De lo importante que es no perder la cabeza, incluso con un diagnóstico mortal. Y de que si tuviera que elegir entre un día de vida plena y una semana de semiconsciencia, elegiría el día.

Esto no significa que haya que dejar de luchar. Es, como siempre, una cuestión de matices y tonos intermedios. Una cuestión de equilibrio. No obligar al enfermo a hacer algo solo porque alguien está inquieto. No obligarlo a pasar por un sinfín de procedimientos dolorosos, cuya eficacia tiende a cero, solo para tranquilizar la propia conciencia —mira, estoy haciendo todo lo que puedo. Preguntarle qué es lo que él quiere. En una situación así, tu opinión es secundaria. Puede persuadir, rogar, convencer, pero no trate al paciente como si fuera un «trozo de carne». Es su elección, no la suya.

María Popova,
«Un libro nada aterrador sobre la vida, la muerte y todo lo que hay entre medias»

«¿Y tú qué eres, médico?»

El tema de la subjetividad del paciente, su autonomía y los límites profesionales en el trabajo del personal sanitario suscitó intensos debates durante la elaboración de este curso.

En primer lugar, el sistema paternalista de la educación médica y la atención sanitaria se basa en que el paciente es un objeto al que tratan profesionales sanitarios competentes. No estamos acostumbrados a tratar al paciente como un sujeto capaz de influir en lo que le sucede. Por eso, incluso desde el punto de vista terminológico, nos resultaba complicado debatir sobre la subjetividad de la persona, que a menudo se confundía con el sujeto prestador de servicios.

En segundo lugar, las relaciones paternalistas en la medicina reflejan patrones históricos seculares de interacción entre el feudal y los súbditos, entre el dictador y los oprimidos, entre el señor y el siervo. Estos desequilibrios de poder y la incapacidad de hacer un uso adecuado del propio rango, tanto en la sociedad en general como en la medicina en particular, conducen a abusos de poder y a la ausencia de un sistema de contrapesos y controles. Como resultado, los médicos se «ahogan» bajo una responsabilidad excesiva, y los pacientes, al ponerse en manos de los médicos, culpan de todo a los profesionales sanitarios en caso de que las cosas salgan mal.

Perekosiuvladitanevminn utilizar el propio rangomprizvodyatd y evitar el abuso de poder

En tercer lugar, para poder tomar decisiones de forma conjunta, es necesario un cierto nivel «madurez» por ambas partes. Y no se trata de una cuestión de edad. Esta madurez implica respeto hacia la otra parte y la capacidad de asumir el propio papel: el del médico o el del paciente. Sin embargo, no todos los profesionales sanitarios ni todos los pacientes están preparados para esta nueva dinámica en la relación ni para redistribuir la responsabilidad de las decisiones sobre el curso del tratamiento. No todos los pacientes quieren asumir esa responsabilidad, y no todos los médicos están dispuestos a dedicar tiempo a debatir o a proporcionar información en un lenguaje comprensible. No todos los pacientes tienen el nivel de formación suficiente para comprender la complejidad del problema. Algunos pacientes, de acuerdo con sus tradiciones culturales, no están acostumbrados a tomar decisiones autónomas.

Para tomar decisiones de forma conjunta, es necesario cierto Nivel de «madurez» de ambas partes

La toma de decisiones compartida no consiste en obligar a Masha y a su madre, de la historia del principio de este capítulo, a seguir las recomendaciones del médico, del mismo modo que tampoco consiste en recetarle al paciente todo lo que se le antoje, ni en dejarlo solo ante una decisión difícil. La toma de decisiones conjunta es posible cuando existe una relación de confianza entre el paciente y el profesional sanitario, en la que ambos pueden influir en la opinión del otro y colaborar en la búsqueda de un tratamiento adecuado para ese paciente en particular, teniendo en cuenta sus valores o preferencias.

Por lo tanto, es importante que el profesional sanitario tenga en cuenta los deseos del paciente respecto a su propia participación en la toma de decisiones y le anime a asumir una mayor responsabilidad sobre su salud, en lugar de dejarla completamente en manos de los proveedores de servicios médicos. La hipotética «Mamá Máquina» debe tener la posibilidad de influir en lo que le sucede a ella y a su cuerpo, y de elegir el camino que le conviene a ella.

Para ello, es importante que los profesionales de la salud y de las profesiones auxiliares establezcan límites saludables en su trabajo con las personas y comprendan claramente cuál es la diferencia entre «tocar la vida de alguien» y «tomar la vida de alguien en sus manos».

Objetivos:

Actitudes	Conocimientos	Habilidades
El enfoque centrado en la persona como base de la filosofía de las relaciones con el paciente.	Subjetividad y límites; el paciente como sujeto de la toma de decisiones; toma de decisiones compartida (Shared decision making, SDM); qué son los límites; qué tipos de límites existen.	cómo proporcionar correctamente la información al paciente y determinar para cada uno el nivel de detalle necesario para tomar una decisión compartida; cómo garantizar en la práctica el respeto de los límites, identificar el traspaso o la violación de los límites; cómo establecer los propios límites; qué hacer en caso de que se violen los límites.

Mensaje clave:

LA TOMA DE DECISIONES CONJUNTA
ES UN COMPONENTE CLAVE DE LA PROTECCIÓN
LA SALUD. ES POSIBLE SI SE
SE RESPETEN LOS LÍMITES PROFESIONALES
ENTRE EL MÉDICO Y EL PACIENTE

¿Qué hay que enseñar?

- Voluntariedad, consentimiento informado del paciente y datos personales: aspectos prácticos de su aplicación en el ejercicio de la profesión sanitaria.
- Principios de autonomía del paciente.

- Habilidades para la toma de decisiones compartida: intercambio de información, escucha activa, resumen, preguntas abiertas, explicación de las ventajas.
- El consentimiento informado como parte de la seguridad del paciente (patient safety).
- Prueba SURE para evaluar la seguridad en la decisión (según O'Connor y Légaré: seguridad en la elección, comprensión de la información, conocimiento de los riesgos y beneficios, apoyo).
- Herramientas de apoyo a la toma de decisiones sobre el diagnóstico (decision aid).
- Límites y sus tipos.
- La privacidad como derecho fundamental para la autonomía y la protección de la dignidad humana; principios de respeto a la privacidad.

¿Cómo impartir esta materia?

Este bloque contiene bastante material teórico, ya que es importante comprender bien los principios fundamentales de la autonomía del paciente y la toma de decisiones compartida. Por lo tanto, proponemos «suavizarlo» con el análisis de casos y dedicar más tiempo a la evaluación de conocimientos.

Recomendamos, en la medida de lo posible, dedicar tiempo a la práctica de habilidades, consultar el apartado anterior, que contiene información detallada sobre la estructura de la consulta según el modelo de Calgary-Cambridge, y practicar las habilidades más relevantes para la segunda mitad de la consulta: las etapas de explicación, planificación y conclusión de la reunión.

En concreto, conviene trabajar en la transmisión de información, la ayuda para asimilarla, el logro del entendimiento mutuo, la planificación de acciones y la síntesis. El triángulo ICE (investigación de ideas, expectativas y temores), ya mencionado en varios apartados, también puede ser una herramienta útil para la toma de decisiones conjunta.

Conclusiones:

La toma de decisiones conjunta es un nuevo paradigma en la relación entre el médico y el paciente. Ambas partes deben aprender a comunicarse y a redistribuir la responsabilidad.

La privacidad y la voluntariedad son principios importantes en la relación, y están protegidos por la ley.

El paciente es dueño de su cuerpo y tiene derecho a rechazar un tratamiento o a elegir otra vía.

A la hora de tomar decisiones, es necesario evaluar no solo la situación clínica y los riesgos, sino también tener en cuenta los factores socioeconómicos y psicológicos, así como las preferencias de cada paciente.

Establecer límites profesionales bien definidos previene el agotamiento emocional y la aparición de situaciones desagradables. Establecer límites y resolver conflictos de forma constructiva cuando se traspasan dichos límites es una habilidad que requiere práctica.

Los materiales de trabajo con ideas más detalladas, ejemplos de posibles ejercicios de prueba y una lista de bibliografía recomendada se pueden encontrar en la segunda parte del manual y a través de los códigos QR en el tema correspondiente de la segunda parte del manual (pág. 246).

TEMA 5

Confidencialidad

TEMA 5 CONFIDENCIALIDAD

La relación entre el médico y el paciente es el eje central de la ética en la medicina. Se trata de una relación personal y profesional basada en la confianza, la seguridad, la dignidad y el respeto mutuo. La confianza es el puente en la relación médico-paciente. Es importante no solo esperar la plena confianza del paciente, sino también crear una base sólida que sirva de apoyo para desarrollar la confianza del paciente.

Peter A. Clark

HISTORIA DE UNA JOVEN MÉDICA Y SU RISA ANTE UN HOMBRE GAY CON VIH

—¿Te imaginas? Nos han traído a un «sospechoso» a la sala. Bueno, pues ahí está, el marica, ¿qué quería? —dice con una risita mi compañera de clase, que trabaja los fines de semana en la unidad de cuidados intensivos de uno de los hospitales de Kiev.

El grupo se ríe, a mí me invade el asco. No hacia el paciente, sino hacia estas personas que no han oído hablar de la empatía, la aceptación, la no condena. Tampoco han oído hablar del secreto médico. Por lo que me cuenta, entiendo que la información sobre el paciente, su estado y su orientación sexual es de dominio público no solo para toda la unidad de cuidados intensivos, sino también para cualquier otro miembro del personal, para los pacientes potenciales e incluso para nosotros, los estudiantes de cuarto curso de la facultad de medicina.

Me da miedo incluso pensar en el infierno en el que vive ahora este joven: en estado grave en la UCI, consciente o inconsciente (incluso me gustaría creer que está durmiendo y no oye ni ve las miradas del personal). La información sobre el estado seropositivo provoca la denegación de la prestación de servicios médicos y comentarios no solicitados sobre el estilo de vida. En lugar de

En lugar de recibir un asesoramiento adecuado sobre los riesgos, el paciente se enfrenta a comentarios de reproche por parte de todos, desde la enfermera hasta el director médico. Y luego los rumores llegan a los conocidos, que empiezan a evitar el contacto, o a los empleadores, que despiden a la persona, especialmente cuando el trabajo implica el contacto con clientes o personas a su cargo (niños).

Unos años más tarde, ya en el trabajo, conozco a otro paciente, un chico de 30 años que se enteró de su seropositividad en la UCI, cuando la enfermedad le afectó al cerebro. Él también es gay, una persona muy talentosa e interesante, un compañero maravilloso. Me acuerdo de ese otro chico, y me invade la conciencia del infierno en el que siguen viviendo las personas con VIH. Ese infierno no se debe a la imperfección del tratamiento, no. Se debe a la incapacidad de respetar y ver no el diagnóstico, sino a la persona.

Daria Dmitrievska, médica de familia

En la realidad ucraniana, la cuestión de la confidencialidad suele subestimarse. ¿Cuántas personas sufren por la difusión de información sobre sus diagnósticos? ¿Cuántas vidas y familias se destruyen a causa de filtraciones de información imprudentes y poco meditadas? ¿Cuántos médicos consideran normal hablar con el paciente sobre los detalles del diagnóstico o el tratamiento en los pasillos de los hospitales, en presencia de otras personas?

Los médicos discuten casos detallados de sus pacientes en grupos públicos, hacen públicos los informes de sus colegas, niegan al paciente el acceso a su historial médico o a los resultados de las pruebas. Todos estos casos no solo constituyen graves violaciones de la ética médica, sino también de la ley. Los límites entre lo privado y lo público suelen ser difusos, por lo que a muchos les parece que la confidencialidad es simplemente una moda o una formalidad burocrática.

En realidad, la confidencialidad tiene una aplicación muy práctica. Para poder ayudar al paciente, el profesional sanitario necesita obtener la máxima información sobre su salud y las circunstancias que han provocado alteraciones en el organismo. Las normas de confidencialidad se han creado para que el paciente pueda contar todo tal y como es, sin dudas innecesarias, y para que el médico pueda extraer conclusiones de ello con el fin de completar el cuadro clínico y determinar el plan a seguir. La confidencialidad es el garante de la confianza en este proceso, así como un factor que influye directamente en la exhaustividad de la información.

La confidencialidad y la privacidad están estrechamente relacionadas entre sí. Y si la confidencialidad es un requisito regulado por la ley, la privacidad tiene más matices. En concreto, la privacidad se refiere a todas las acciones que realizamos con el cuerpo: pedir permiso a una persona para tocarla, cubrir el cuerpo desnudo, preocuparse por la cortina y la posibilidad de cambiarse de ropa sin miradas ajenas. Tratar con respeto el cuerpo de un difunto. Todo esto tiene que ver con el respeto hacia la persona, su cuerpo y la información sobre lo que le ocurre. Si la medicina se convirtiera en una religión, el respeto por el cuerpo y la santidad del secreto médico podrían convertirse en su altar.

Si la medicina se convirtiera en una religión, el respeto por el cuerpo y la santidad del secreto médico Los secretos podrían convertirse en su altar.

En esta sección hemos analizado qué significa la confidencialidad en la práctica y qué normativas la regulan, y hemos recopilado una serie de enlaces útiles que ayudarán a nuestros oyentes a actuar de forma más adecuada y a protegerse de posibles reclamaciones en sus relaciones con sus pacientes. Para nosotros es importante velar por el respeto a la información personal, para que ninguno de los pacientes de Daria tenga que pasar por un calvario en su camino hacia la salud.

Objetivos:

Actitud	Conocimientos	Habilidades
El enfoque centrado en la persona como base de la filosofía de las relaciones con el paciente.	qué información y en qué medida se debe proporcionar al paciente; qué es importante saber sobre la confidencialidad: por qué es un principio importante y cuáles son los aspectos jurídicos fundamentales.	Cómo proporcionar la información de forma adecuada y determinar qué nivel de detalle es necesario para cada paciente; cómo garantizar en la práctica la confidencialidad y el derecho de la persona a la autonomía; cómo discutir con el paciente las decisiones sobre el curso del tratamiento y ayudarle a tomar decisiones.

Mensaje clave:

LA CONFIDENCIALIDAD: UN PILARES FUNDAMENTALES PARA CONSTRUIR LA CONFIANZA ENTRE EL PERSONAL SANITARIO Y EL PACIENTE. ES IMPRESCINDIBLE TANTO DESDE EL PUNTO DE VISTA ÉTICO COMO JURÍDICO CONSIDERACIONES

¿Qué se debe enseñar?

- Los conceptos de «información» e «información confidencial».
- Autonomía, sus principios, el concepto «consentimiento informado».
- Privacidad y principios para su consecución. Normas de protección de la privacidad en los centros sanitarios.
- Confidencialidad, principios de su cumplimiento.
- Responsabilidad por la divulgación del secreto médico.
- Condiciones en las que se pueden infringir los principios de confidencialidad.
- Acceso a la información de los pacientes: obligaciones del personal sanitario, riesgos. Particularidades del acceso a la información sobre los niños.

¿Cómo impartir la clase?

Preguntas para la reflexión y el debate conjunto en grupos pequeños y grandes.

Pruebas de nivel inicial. Casos

prácticos para debatir.

Ejercicios prácticos para practicar las habilidades de proporcionar información, invitar al paciente a formular preguntas y responderlas.

Conclusiones:

El paciente debe recibir información completa y exhaustiva sobre su estado de salud en un formato accesible, para poder participar en la toma de decisiones.

El consentimiento para la divulgación de información sobre el estado de salud es prerrogativa del paciente.

La información confidencial que debe protegerse incluye los datos personales, el estado de salud y el estado emocional, así como la información financiera.

El paciente debe tener acceso sin restricciones a su historial médico. El paciente puede negarse a la presencia de estudiantes o residentes durante el tratamiento.

En la segunda parte del manual, así como a través de los códigos QR que figuran en el apartado correspondiente de dicha parte (pág. 259), se pueden encontrar materiales de trabajo con ideas más detalladas, ejemplos de posibles ejercicios de examen y una lista de bibliografía recomendada.

TEMA 6

Crisis y las malas noticias

estados emocionales

TEMA 6.

ESTADOS EMOCIONALES DE CRISIS Y MALAS NOTICIAS

«El personal sanitario evita comunicar malas noticias sobre el diagnóstico o la muerte, con la esperanza de que otra persona lo haga por ellos. Pero ese «alguien» nunca aparece. Porque hablar con los pacientes y sus familiares sobre enfermedades incurables o la muerte es una parte importante, aunque muy compleja, de la práctica médica. Y parece mil veces más difícil debido a la falta de habilidades y formación adecuadas, y, a veces, de recursos emocionales propios».

Anastasia Leukhina
«Un libro nada aterrador sobre la vida, la muerte y todo lo que hay entre ambas».

En «Un libro nada aterrador» hay una historia sobre la doctora Tatiana, a quien le comunicaron su propio diagnóstico de cáncer en el pasillo de una clínica privada, dentro de un sobre cerrado. Nadie salió siquiera a comunicárselo ni se quedó a su lado para apoyarla. La falta de comunicación abierta y la escasez de información son puntos clave de conflicto en la relación entre pacientes y personal sanitario.

LA HISTORIA DE TETIANA Y LA NOTICIA EN EL SOBRE

Ella es médica. Una de las mejores ginecólogas-endocrinólogas de Kiev. Es imposible conseguir una cita con ella sin cita previa. Pero incluso así hay que esperar un mes. Cada día examina a las mujeres en busca de bultos en los senos y, en la medida de lo posible, las anima a hacerse revisiones periódicas con el ginecólogo y el mamólogo. Ella misma se detectó un bulto y fue a hacerse una mamografía. Acudió a una clínica privada para no encontrarse ni con sus colegas médicos ni con sus pacientes.

«Esperaba el resultado de la mamografía en el pasillo a las diez de la mañana. La asistente del médico salió a mi encuentro y, en silencio, me entregó un sobre con el diagnóstico «cáncer» dentro. A pesar de que ya sabía lo que me pasaba,

que soy una persona culta e informada, rompí a llorar cuando abrí el sobre y leí el diagnóstico. Hace unos minutos, el médico vio el tumor, escribió las palabras «cáncer de mama» en el informe, pero ¿por qué no fue capaz de decírmelo personalmente? Porque entonces, incluso unas pocas palabras de apoyo me habrían servido de consuelo. Y entregar el sobre en silencio y dejar a la paciente sola con un diagnóstico tan terrible es cruel.

A las 11:00 tenía una consulta al otro lado de la ciudad. Me recompuse y me fui a trabajar. Pero en mi lugar podría haber estado otra persona, y quizá no hubiera podido soportar tal tensión nerviosa.

¿Por qué todo es tan insensible y tan poco humano? Los médicos no quieren dar malas noticias; esperan que alguien más lo haga por ellos.

A pesar de que muchas veces he comunicado a otras personas la sospecha de enfermedades oncológicas, a mí misma me resultó difícil lidiar con las malas noticias. Me daba pena por mí y por mis hijos».

Tetiana Popova

«Un libro nada aterrador sobre la vida, la muerte y todo lo que hay entre ellas»

Según los últimos estudios sobre pacientes oncológicos, solo en el 58 % de los casos los pacientes recibieron el diagnóstico de su médico. A uno de cada tres, el médico no le comunicó el diagnóstico.[1]

[1] Estudio realizado por la BFP «Gota de sangre» y la ONG «Atenea. Mujeres contra el cáncer» con el apoyo del Fondo Internacional «Vidrodzhennia». Se presentan los resultados de una encuesta en línea realizada en 2021.

«Nunca nos enseñaron esto», dicen los profesionales sanitarios. Dar malas noticias y hablar del diagnóstico supone un gran reto para cualquiera. Y es que no solo hay que elegir las palabras adecuadas para no herir a la persona. No solo hay que lidiar con la propia angustia por la vida del paciente y la impotencia ante su tratamiento. Hay que estar ahí, soportar las lágrimas o el estado de parálisis, responder a las preguntas y repetir la información varias veces, ya que la capacidad de una persona para analizar y retener información en un estado emocional de crisis se debilita drásticamente. Se necesita mucha paciencia y empatía.

Entre el personal sanitario está muy extendida la idea de que llevar constantemente un chaleco antibalas emocional protege a la persona del agotamiento. Llevar un chaleco antibalas metálico durante mucho tiempo puede dañar la columna vertebral y provocar problemas crónicos de espalda, por lo que cada tipo de chaleco antibalas está diseñado

durante 1 o 2 horas al día. Lo mismo ocurre con el «chaleco antibalas emocional»: llevarlo puesto constantemente, encerrarse en uno mismo y mantener una gran distancia con respecto a los propios sentimientos y a los de las personas que nos rodean, cansa e impide entablar relaciones, además de hacer imposible recibir retroalimentación y agradecimiento. Es tan agotador como el contacto con las personas, por lo que es importante elegir en qué casos la protección emocional es realmente necesaria. A largo plazo, perjudica la salud mental, en lugar de protegerla.

Llevar constantemente una coraza emocional

Nuestra encuesta reveló que los estudiantes de las facultades de medicina temen especialmente este tipo de conversaciones y las noticias sobre la muerte. La frecuencia con la que se enfrentan a estas situaciones junto a los pacientes depende de la especialidad del médico. Sin embargo, casi todos nos hemos visto o nos veremos en alguna ocasión en una situación en la que sea necesario comunicar malas noticias a un paciente. Por lo tanto, no nos queda más remedio que aprender técnicas para comunicar malas noticias, practicar la escucha empática, deshacernos de frases hechas como «mantenga la esperanza» o «todo irá bien» y abrir nuestro corazón, aunque sea un poco.

Hemos recopilado las recomendaciones de los mejores psicólogos y médicos sobre cómo abordar las malas noticias y cómo reaccionar ante situaciones de gran tensión emocional. Esperamos que esta información os ayude a vosotros y a vuestros oyentes a gestionar la ansiedad y los miedos, y a estar al lado de los pacientes en situaciones difíciles. A veces los pacientes olvidan lo que oyen, pero una mirada sincera o unos gestos de cariño en esos momentos tan inusuales permanecerán en su memoria durante mucho tiempo, gracias a su humanidad.

Objetivos:

Actitud	Conocimientos	Habilidades
El enfoque centrado en la persona como base de la filosofía de las relaciones con el paciente.	qué son los estados emocionales de crisis y cómo influyen en la interacción;	Cómo comunicarse en situaciones de gran tensión emocional y estrés;
	Las etapas del duelo.	Cómo comunicar malas noticias.

Mensaje clave:

ES IMPORTANTE QUE LOS MÉDICOS
APRENDAN Y PRACTICAR LAS HABILIDADES
COMUNICAR MALAS NOTICIAS
CON COMPRENSIÓN Y EMPATÍA
Y CON EL APOYO
OBLIGATORIO APOYO, PARA QUE LA PERSONA
NO TE QUEDES SOLO
CON UNA SITUACIÓN DIFÍCIL.

¿Qué enseñar?

- Estados emocionales de crisis, signos de duelo (según Lindeman), etapas del duelo (según Kübler-Ross) y fases del duelo (según Zintl y Volkan).
- Apoyo psicológico en las diferentes etapas del duelo.
- Categorías de pacientes en estados emocionales de crisis y estrategias para trabajar con ellos.
- Comunicación de malas noticias y el protocolo **SPIKES** (setting, perception, invitation, knowledge, emotion-and-empathy, strategy, summary): preparación, información, permiso, conocimiento, emociones/empatía, estrategia, resumen.

¿Cómo impartir la formación?

Aprendizaje asíncrono (materiales de preparación para la clase). Debate de los

siguientes temas propuestos en pequeños grupos:

- ¿qué temas de conversación resultan difíciles para el médico?
- ¿A quién le darás las malas noticias (al paciente, a los familiares, a los conocidos)?
- ¿por qué los médicos no quieren comunicar malas noticias?

- recuerde casos de su vida o de su práctica profesional en los que a usted o a otra persona se le comunicaron malas noticias de forma incorrecta.

¿Cuáles son las ventajas y desventajas de que los familiares permanezcan en la unidad de cuidados intensivos?

Juego de roles (simulación de una conversación con un paciente con enfermedades como AR, EA o DM en grupos de tres) con debate en grupo.

Debate en formato «acuario» con discusión general. Trabajo con

casos (método de tareas clínicas).

Visualización de vídeos sobre cómo comunicar malas noticias de forma incorrecta y correcta, seguida de un debate en pequeños grupos.

Uso de la presentación en Google Drive en modo de edición, pizarras Padlet y Miro.

Conclusiones:

Las malas noticias sobre el estado de salud provocan un gran estrés, relacionado con los miedos y la incertidumbre sobre el futuro.

Cada persona atraviesa las etapas del duelo de manera diferente; los cambios en el estado emocional son naturales y deben tenerse en cuenta a la hora de establecer la comunicación con el paciente y su familia. En las diferentes etapas del duelo pueden funcionar diferentes estrategias de apoyo.

Es importante que el personal sanitario aprenda a trabajar con personas en situaciones de crisis y a proporcionarles información actualizada y veraz sobre su estado de salud.

Las estrategias de respuesta a diferentes situaciones de crisis pueden variar.

En la segunda parte del manual, así como a través de los códigos QR que figuran en el tema correspondiente de dicha parte (pág. 287), se pueden encontrar materiales de trabajo con ideas más detalladas, ejemplos de posibles ejercicios de examen y una lista de bibliografía recomendada.

TEMA 7

Conflictos y conversaciones difíciles

TEMA 7

CONFLICTOS Y CONVERSACIONES DIFÍCILES

Si evitas el conflicto para mantener la paz,
estás iniciando una guerra dentro de ti.

Cheryl Richardson

HISTORIA DE UNA ABUELA GUERRERA Y UN ANESTESISTA GRITÓN

Ha ingresado un bebé de 9 meses. Agua hirviendo. Se la ha echado encima. Superficie de quemaduras: 70 %. En situaciones como esta, establecer una vía intravenosa y comenzar a administrar grandes volúmenes de líquidos es una cuestión de supervivencia.

Llevamos rápidamente al niño a la unidad de cuidados intensivos. Le pido a la madre que se quede fuera. Cuando terminemos con los procedimientos, la dejaré entrar. Medicamentos y tranquilizantes para aliviar el dolor y calmar un poco al pequeño paciente.

Intento cateterizar la vena subclavia. Un movimiento en falso y se le pueden perforar los pulmones. Y en ese momento irrumpe en la sala la abuela del pequeño, una mujer de unos cincuenta años, acompañada de otra pariente, y empieza a sacudirlo frenéticamente, arrancándole los vendajes, quejándose de que nosotros, los tontos, le hemos limpiado la clara de huevo de las quemaduras.

Cuando el niño llegó a nuestras manos, estaba todo manchado de huevo. La clara de huevo sobre una quemadura es el mejor remedio si quieres que todo acabe en sepsis y muerte.

Saqué con cuidado la aguja y luego solté una buena racha de palabrotas. En mis cinco años de trabajo, nunca había gritado así. Literalmente, empujé a la anciana y a su amiga con fuerza, y luego cerré la puerta.

—¡Vamos a llamar a la policía! —gritaba la anciana.

Temblaba de rabia. Le pusieron el catéter, dejaron entrar a mi madre, que resultó ser una persona bastante sensata. Lamento haberme permitido gritar y decir palabrotas. Pero la situación en sí misma podría no haber ocurrido si hubiera habido seguridad en el hospital y una cerradura fiable en la puerta de la UCI.

Cuanto más presionan los familiares y más etiquetas les ponen, más se esfuerzan los profesionales sanitarios por esconderse tras un muro alto. Y cuanto más alto es ese muro, mayor es la desconfianza. Un círculo vicioso: la desconfianza genera cerrazón, y la cerrazón, desconfianza.

¿Cómo romper este círculo vicioso?

Los profesionales sanitarios deben aprender a comunicarse y facilitar en todo lo posible la presencia y el apoyo de los familiares, siempre que sea posible. Y los familiares deben aprender a confiar.

Ivan Chernenko, anestesiólogo

Al principio titulamos este capítulo «Pacientes difíciles». Pero durante la preparación nos dimos cuenta de que en situaciones conflictivas no hay pacientes difíciles ni médicos sencillos, no hay blanco ni negro: siempre hay muchos matices diferentes que hay que saber distinguir. Cada uno de nosotros, en determinadas circunstancias, puede resultar difícil para los demás; siempre hay condiciones previas y razones para ello. Y comprender las raíces de lo que vemos como «dificultad» en los demás es la clave para una resolución positiva de los conflictos.

obstavinakh puede resultar complicado para los demás
Nofueesdeclasedepacientes– cada uno de nosotros, en
determinadas

El Informe Global sobre el Capital Humano (2008) señala que el 85 % de los trabajadores ha experimentado conflictos en el trabajo. En la mayoría de los casos (67 %), el conflicto está provocado por el estrés y las cargas de trabajo pesadas. El 60 % de los trabajadores nunca ha recibido formación para gestionar o resolver conflictos, pero el 95 % de los que sí la han recibido afirman que les ha ayudado a lidiar mejor con las situaciones conflictivas y a encontrar soluciones comunes.

Según nuestras observaciones, el nivel de conflicto en los hospitales ucranianos es superior a la media mundial. Las duras condiciones laborales, los niveles de estrés desmesurados, la falta de financiación suficiente y las tensiones en las relaciones con los pacientes, provocadas por la opacidad y la falta de resolución de cuestiones financieras, el cansancio y la desconfianza avivada por los medios de comunicación, así como las constantes transformaciones del sistema y las prácticas: todos estos factores hacen que el personal sanitario sea vulnerable a los conflictos. Numerosos estudios muestran que, con frecuencia, las enfermeras son las principales implicadas en los conflictos.

Los conflictos son un elemento estructural de cualquier sistema y de las relaciones dentro de él. Pueden surgir a raíz de cuestiones comunicativas, estructurales o personales y manifestarse en diversas situaciones y formas de comportamiento. La mayoría de las escuelas de resolución de conflictos lo consideran una oportunidad para mejorar el statu quo y regular las relaciones. Lo fundamental es saber cómo abordarlo para que resulte beneficioso y no cause daño.

La estrategia principal para abordar el conflicto no debe basarse tanto en evitarlo, sino en orientarla hacia la preparación de los profesionales sanitarios para prevenir y resolver conflictos de manera eficaz. Para que médicos como Iván comprendan mejor a las abuelas belicosas de la historia citada, puedan lidiar con sus propias emociones y las de la abuela, y ayuden tanto a sí mismos como a la abuela a resolver la situación conflictiva.

La estrategia principal para gestionar el conflicto debe no se trata tanto de centrarse en evitarlo como de orientar en la preparación para una resolución eficaz

¿Qué elementos de la formación en gestión de conflictos pueden resultar especialmente relevantes para el personal sanitario?

La atención y el autoconocimiento. ¿Cómo reaccionas ante situaciones conflictivas? ¿Cuáles son tus hábitos a la hora de gestionar un conflicto? ¿Qué te afecta emocionalmente y en qué medida eres capaz de gestionar tus propias emociones?

Comprensión y apertura para conocer la otra parte, reconocimiento de las diferencias naturales en las visiones y la interpretación de los acontecimientos o las intenciones. ¿Puede

¿Eres capaz de ver la situación desde el punto de vista de la otra parte, analizar su lógica y su visión del problema? ¿Cómo de bien sabes trabajar en situaciones de gran tensión y ayudar a los demás a calmar los ánimos?

Comunicación, capacidad para hablar y escuchar. No hay conflicto en el mundo que pueda resolverse sin una comunicación de calidad. Nuestra capacidad para expresar nuestra tensión, formular el problema, escuchar y percibir la información verbal y no verbal que nos llega de la otra parte influye en nuestra capacidad para gestionar el conflicto y convertirlo de una amenaza en una oportunidad.

Recursos internos. Gestionar un conflicto requiere mucho esfuerzo. El nivel de energía interna y el estado emocional influyen enormemente en nuestra capacidad para afrontar una situación conflictiva. Por eso, cuidarnos a nosotros mismos y gestionar nuestro propio agotamiento son aliados importantes a la hora de resolver conflictos.

Objetivos:

Actitud	Conocimientos	Habilidades
El enfoque centrado en la persona como base de la filosofía de las relaciones con el paciente.	qué es un conflicto, sus causas, las principales estrategias de prevención y cómo actuar en situaciones conflictivas;	Demostración de una comunicación empática eficaz, evitando tipos de comunicación y comportamientos conflictivos;
	situaciones en las que el paciente puede convertirse en «difícil». Búsqueda de un enfoque eficaz para tratar a pacientes en estados emocionales de crisis.	evaluación del estado emocional de los pacientes;
		comunicación con pacientes en estados emocionales complejos;
		resolución de conflictos mediante la solución de problemas;
		demostración de empatía.

Mensajes clave:

LA ESTRATEGIA BÁSICA PARA GESTIONAR EL CONFLICTO NO DEBE BASARSE EN EVITARLO, SINO EN LA PREPARACIÓN PARA SU PREVENCIÓN Y RESOLUCIÓN.

SE PUEDE APRENDER A GESTIONAR LOS CONFLICTOSSE A TRAVÉS DEL AUTOCONOCIMIENTO, LA CAPACIDAD DE ESCUCHAR Y RECONOCER EL PUNTO DE VISTA DE LA OTRA PARTE, UNA COMUNICACIÓN DE CALIDAD Y EL CUIDADO DE LOS PROPIOS RECURSOS

¿Qué se debe enseñar?

- El conflicto, su ciclo y sus posibles causas.
- Estrategias de comportamiento en situaciones de conflicto (según Thomas y Kilman).
- Objetivos, intereses y posiciones en las negociaciones.
- Estructura de las conversaciones complejas (hechos, emociones, amenaza al ego).
- Protocolo EVE (emoción, validación, respuesta empática).
- Comunicación no violenta.
- Señales verbales y no verbales en situaciones de conflicto.

¿Cómo impartir la formación?

Debates interactivos.

Trabajo con casos prácticos en formato «acuario» o en pequeños grupos.

Práctica de habilidades específicas al trabajar con casos prácticos.

Análisis de vídeos de demostración con diferentes situaciones conflictivas.

Conclusiones:

El conflicto es un elemento inseparable del trabajo del personal sanitario. Se puede aprender a gestionar los conflictos. Y este taller te servirá para toda la vida.

Existen diferentes estrategias de comportamiento en situaciones conflictivas; es importante elegirlas en función del contexto o del problema.

La preparación para conversaciones difíciles y el análisis de situaciones conflictivas desde diferentes perspectivas ayudan a mejorar la eficacia.

Cuidarse a uno mismo es importante para poder ocuparse de la resolución de conflictos. La comunicación y la preparación son las herramientas fundamentales para la resolución de conflictos.

Los materiales de trabajo con ideas más detalladas, ejemplos de posibles ejercicios de prueba y una lista de bibliografía recomendada se pueden encontrar en la segunda parte del manual y a través de los códigos QR en el tema correspondiente de la segunda parte del manual (pág. 303).

TEMA 8

Tolerancia y diversidad: cómo y por qué trabajar con personas diferentes

TEMA 8. TOLERANCIA Y DIVERSIDAD: CÓMO Y POR QUÉ TRABAJAR CON PERSONAS DIFERENTES

Las personas se odian unas a otras porque se temen unas a otras; se temen porque no saben nada unas de otras; no saben porque no se comunican.

Martin Luther King

LA HISTORIA DE ANDRÍI Y LA MÉDICA DE FAMILIA QUE CAMBIÓ SU VIDA

Andriy* es un chico transgénero que lleva varios años siguiendo una terapia hormonal y que no se distingue en absoluto del resto de los ucranianos. Trabaja en una fábrica y se dedica un poco a los negocios; es muy trabajador y solidario, algo que incluso yo percibo. Además, lleva diez años enamorado de una chica; tienen una relación increíble, una verdadera familia que, durante todo este tiempo, el Estado no ha reconocido porque Andriy tenía documentos de mujer.

* Nombres modificados

Andriy me pidió una cita unos meses después de que le expidiera el certificado médico de cambio de sexo.

— «Esto lo ha tejido mi madre para ti y para la psiquiatra. Ha mirado tus fotos en Internet para elegir los colores», dijo, mientras me tendía una estola enrollada, increíblemente suave y ligera. «Te agradece lo que has hecho por mí».

— Pero yo no he hecho nada. Solo he hecho mi trabajo, porque soy médica de familia.

— —Daryna Ihorivna, me ha cambiado la vida. Le pedí matrimonio a Masha* por tercera vez y hace poco nos casamos. Quiero pasar toda mi vida con ella —dice con lágrimas en los ojos y me enseña las fotos de la boda.

No las veo bien, también por las lágrimas.

—Además, me he reconciliado con mi madre y los síntomas de la depresión crónica han remitido — añade Andriy.

Andriy acudió a otros médicos de su ciudad. Estos se negaron a ayudarle por desconocimiento, prejuicios o por no querer reconocer su existencia. Yo solo me diferencio de ellos en que veo a la persona, no sus órganos sexuales.

Me duele saber que Andriy se ve obligado a recorrer medio país para recibir asistencia médica básica. A mí me costó unas cuantas firmas en un formulario ya rellenado. Muy sencillo y lógico. ¿Hacerlo o no? No tuve ninguna duda. Crecí rodeada de personas que reconocen la primacía del derecho y la dignidad humana. La comprensión de que todas las personas son diferentes, y a la vez iguales, se formó fácilmente: solo había que darse cuenta de que esto se aplica a absolutamente todos. Y a mí también. Me gustaría que el mundo me aceptara tal y como soy, auténtica. Por eso, así es como acepto a mis pacientes.

Somos capaces de cambiar la vida de las personas con el corazón y unos pocos trazos de bolígrafo. Contamos con las órdenes e instrucciones pertinentes, acceso a investigaciones científicas internacionales y el compromiso de actuar con transparencia y la disposición de ayudar a todo el mundo. No tenemos derecho a NO hacerlo.

Daria Dmitrievska, médica de familia

A primera vista, la sociedad ucraniana parece bastante homogénea en comparación con otras. Las personas tienen el mismo color de piel, pertenecen en gran medida a una determinada religión, hablan principalmente uno o dos idiomas y han crecido en contextos culturales más o menos similares. A simple vista, todos parecen iguales y la «norma» resulta comprensible. Tras décadas de política soviética de institucionalización, en las que las personas con cualquier desviación de
Las «normas» han hecho que estas personas pasen desapercibidas y las han aislado de la sociedad en centros separados por altos muros; nos hemos acostumbrado a no encontrarnos con la diversidad y a no percibirla en la vida cotidiana. Por eso, el encuentro con una persona trans como, por ejemplo, Andriy, puede provocar en muchas personas un gran impacto
, sobre todo por la falta de conocimiento sobre las identidades de género y la falta de experiencia previa en la comunicación con miembros de la comunidad LGBT.

Ocultar la propia diferencia era una estrategia de supervivencia en el Estado totalitario soviético. Por desgracia, esta estrategia sigue siendo válida hoy en día. Las experiencias negativas con el personal sanitario, provocadas por una actitud prejuiciosa que no es tan infrecuente en el ámbito médico, minan tanto la confianza que las personas deciden no acudir en busca de ayuda para no «toparse» con la grosería y sufrir nuevas traumas. Los médicos se niegan a prestar asistencia médica a pacientes «diferentes» por diversos motivos. Sin exagerar, hay personas que mueren sin recibir la ayuda que necesitan. Sobre el papel, les mata el cáncer o un derrame cerebral. Pero, en realidad, les mata la indiferencia, la rechazo y la incomprensión.

y la incomprensión

Lyudeyvbiv hay indiferencia, rechazo

La democratización, la globalización, la movilidad, la difusión de nuevas tecnologías y los rápidos cambios en las comunicaciones están transformando cada vez más la concepción de lo que se considera normal. La homogeneidad está dando paso a la diversidad como norma. La sociedad en general, y el sistema de salud en particular, se enfrentan a nuevos retos. ¿Cómo adaptarse a la diversidad? ¿Cómo garantizar a las personas con diferentes limitaciones un acceso equitativo a la asistencia médica? ¿Cómo reducir la desigualdad y garantizar una cobertura universal de la prestación de servicios médicos? ¿Cómo tener en cuenta las particularidades de los distintos grupos socioculturales en la planificación de los servicios médicos?

Esto exige un gran esfuerzo por explorar un mundo que no nos resulta muy familiar, conocer a las personas y culturas «del otro lado», aprender diferentes idiomas (incluida la comunicación no violenta) y entablar un diálogo. Pero, ante todo, esta apertura nos exige aprender y replantearnos a nosotros mismos, nuestros valores y a las personas que nos rodean. Andriy no tiene la culpa de ser diferente; necesita la misma aceptación y respeto que todas las demás personas que nos rodean.

como
La diversidad sustituye a la homogeneidad
norma

Durante el debate sobre la diferencia y la tolerancia, dedicamos la mayor parte del tiempo a examinar nuestros propios prejuicios. Porque, ¿cómo podemos enseñar tolerancia y no discriminación a los demás si nosotros mismos tenemos

¿Por qué? Los prejuicios y la estigmatización, que tarde o temprano pueden derivar en deshumanización, surgen ante la falta de contacto y de experiencia personal en la interacción con determinados grupos, en un contexto de discurso de odio, xenofobia, racismo y otros «-ismos» (sexismo, edadismo, etc.), que se propagan activamente en el espacio público. Por eso, nuestra tarea principal durante la preparación del curso es conocer nuestros propios prejuicios y trabajar con ellos.

En este capítulo hemos abierto una ventana al mundo de los valores y las habilidades comunicativas que te ayudarán a orientarte mejor en cuestiones de gestión de la diversidad y a aumentar tu nivel de tolerancia hacia las personas y sus puntos de vista. Dado el alto grado de diversidad en los grupos de estudiantes y las comunidades médicas, os resultarán especialmente útiles las habilidades de facilitación y de gestión de tensiones en el grupo.

Objetivos:

Actitudes	Conocimientos	Habilidades
El enfoque centrado en la persona como base de la filosofía de las relaciones con el paciente.	Tolerancia y diversidad.	Cómo y por qué trabajar con personas diferentes y respetarlas como personas.

Mensaje clave:

PRINCIPIO BÁSICO EN EL TRABAJO
CON PERSONAS DIFERENTES: TRATAR
A LAS PERSONAS COMO INDIVIDUOS,
INCLUSO SI NO LO ENTENDEMOS TODO
O NO COMPARTAMOS LO QUE

VISIÓN DE NOSOTROS MISMOS, DE LA SALUD
O DEL MUNDO.
VER EN ELLOS A PERSONAS, Y NO SOLO
NUESTROS PREJUICIOS.

Qué enseñar:

- Prejuicios y discriminación.
- Formas de discriminación en la práctica médica.
- Tolerancia y aceptación.
- Temas delicados en la práctica médica: lenguaje, señales no verbales, actitudes culturales, creencias religiosas, sexualidad.
- Características de la aplicación del modelo Calgary-Cambridge y desarrollo de habilidades orientadas al estudio y al respeto de las particularidades y los valores culturales: escuchar, recabar información, estructurar la consulta y proporcionar información al paciente.
- Protocolo BALANCE.
- Trabajo con familias y niños.
- Características del trabajo con representantes de diversos grupos, a menudo marginados en la sociedad por motivos de sexualidad, identidad de género, edad avanzada, discapacidad o trastornos mentales.

Cómo impartir la formación:

Reflexión sobre la diversidad de los propios prejuicios en el grupo y el nivel de conciencia de los mismos.

Juego de roles o caso práctico: debate en grupos grandes y/o pequeños.

Visualización y análisis de vídeos con diferentes ejemplos.

Biblioteca viviente con representantes de diferentes grupos y creación de oportunidades para la práctica en organizaciones e instituciones, con el fin de establecer contacto directo y conocer a personas de diferentes grupos socioculturales.

Conclusiones:

Los pacientes merecen respeto simplemente por ser personas. No necesitan ajustarse a las ideas de nadie sobre lo que es «normal» para merecer un trato digno.

Los pacientes tienen derecho a ser diferentes, tienen derecho a creer en algo distinto de lo que nos resulta habitual, tienen derecho a rechazar algo o, por el contrario, a pedir que se tengan en cuenta sus particularidades.

Es importante que el personal sanitario sea consciente de sus propios prejuicios y trabaje con ellos. La experiencia y el contacto directo con personas que no encajan en los estrechos límites de una «norma» homogénea son la mejor manera de trabajar con los prejuicios.

Las personas más marginadas de la sociedad suelen ser blanco de discriminación y actitudes prejuiciosas. Suelen ser sensibles a las manifestaciones verbales y no verbales de la actitud hacia ellas.

Es importante que los profesionales sanitarios presten asistencia médica sin juzgar a los pacientes y sin traspasar los límites de la comunicación profesional. Las herramientas de la gestión de la comunicación interprofesional (GCI) permiten desarrollar habilidades comunicativas para hacerlo mejor.

Los materiales de trabajo, que incluyen ideas más detalladas, ejemplos de posibles ejercicios de examen y una lista de bibliografía recomendada, se pueden encontrar en la segunda parte del manual y escaneando los códigos QR que aparecen en el apartado correspondiente de la segunda parte del manual (pág. 340).

PARTE 2

RECOPILA Y RECOLECCIÓN DE MATERIALES DEL TEMA DEL CURSO

MÉTODOS PARA LAS CLASES

Aquí tienes parte de los materiales de trabajo que hemos preparado mientras trabajábamos en el curso y el manual. Nos hemos esforzado mucho por darles una estructura uniforme, pero no siempre lo hemos conseguido: los materiales fueron preparados para clases muy diferentes y por distintas expertas, así que hemos acordado que un poco de variedad no nos vendrá mal.

¡Atención! Al final de cada bloque encontrarás enlaces y códigos QR a la versión completa de los materiales (sí, has entendido bien: no todo el contenido cabía en el libro impreso), por lo que una gran cantidad de guiones, preguntas de examen, enlaces a vídeos recomendados y bibliografía se encuentra en la versión completa de los materiales en formato electrónico. También hemos conservado en la versión electrónica el estilo original de presentación de los materiales, la sintaxis y la ortografía.

Esperamos que las ideas y metodologías que se exponen a continuación os resulten útiles y os inspiren a generar cambios allí donde estéis.

TEMA 1

Enfoque centrado en las personas

TEMA 1

ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA

Elaborado en detalle por Yulia Tykholaz y Yelizaveta Shunko



Yulia Tykholaz, profesora de la comisión de циклов de disciplinas de ciencias naturales, Colegio Profesional Médico de Vinnytsia «Académico Danylo Zabolotny»



Yelizaveta Shunko, directora del departamento de neonatología, Universidad Nacional de Salud de Ucrania «Platón Shupik»

OBJETIVOS DIDÁCTICOS

- Conocer los fundamentos del enfoque centrado en la persona y sus ventajas en la comunicación médica y de enfermería.

Actitudes	Conocimientos	Habilidades
El enfoque centrado en la persona como base de la filosofía de las relaciones con el paciente.	Principios del enfoque centrado en el paciente, ventajas del enfoque centrado en el paciente, Principios de la comunicación médica en el enfoque centrado en el paciente.	

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Parte organizativa, introducción a la asignatura: **15 min.** Mini-clase (breve repaso del material teórico): **20 min.** Reflexiones intermedias de los estudiantes: **10 min.**

Trabajo con casos en grupos reducidos – **15 min.**

Debate de los casos (debriefing) – **15 min.**

Reflexión final. Prueba final de control del nivel de conocimientos teóricos (formato electrónico o en papel) – **15 min.**

Total: **90 min.**

Materiales de la clase

PARTE 1. MATERIALES TEÓRICOS Y DE E

Fundamentos del enfoque centrado en el paciente

Una de las características más importantes de la asistencia sanitaria en el siglo XXI es la transición del paciente de la posición de «víctima de las circunstancias» a la de participante activo en el proceso terapéutico. Las relaciones de colaboración con la población y la especial importancia que se concede a la ampliación de los derechos y las oportunidades de los ciudadanos y los pacientes se han definido como la tarea estratégica más importante del sistema sanitario europeo. Esto dicta la necesidad de reorientar la asistencia sanitaria hacia una atención centrada en el paciente.

¿Qué es el enfoque centrado en el paciente y en qué consiste? El enfoque centrado en el paciente es una forma de prestar asistencia médica que responde a las necesidades y valores individuales de los pacientes, y que tiene en cuenta sus deseos y preferencias a la hora de tomar decisiones sobre su propia salud y tratamiento.

¿En qué consiste exactamente el enfoque centrado en el paciente?
En la atención primaria, la principal diferencia entre la estrategia de atención centrada en el paciente y el modelo tradicional de prestación de asistencia es que se hace hincapié en la salud de la persona en su conjunto. El paciente no se considera únicamente en el marco de la enfermedad concreta por la que ha acudido al médico, sino también en el contexto de su vida cotidiana, en el marco de la interacción con la familia y la sociedad a lo largo de toda su vida. La mejora máxima de la calidad de vida es un objetivo importante del tratamiento.

Evolución del enfoque centrado en el paciente
El concepto de enfoque «centrado en el paciente» (patient-centered) surgió hace varias décadas como contrapunto al enfoque tradicional «paternalista», que promovía el postulado de que «el médico sabe más».

El modelo biomédico de la interacción médico-paciente existió durante muchos siglos y se ocupaba principalmente de los síntomas de la enfermedad del paciente. A finales de la década de 1970, George Engel, médico generalista y psiquiatra estadounidense, propuso un modelo biopsicosocial que tenía en cuenta tanto los aspectos biológicos de la enfermedad como los factores psicológicos y sociales que influyen en el curso de la enfermedad y la recuperación.

El modelo biopsicosocial se basa en un enfoque holístico del ser humano (del griego holos, «todo»), que significa «integridad», mientras que el modelo biomédico se centraba principalmente en la enfermedad. La visión holística de la salud parte de la base de que existen diversas causas que dan lugar a la enfermedad. Por lo tanto, es importante tener en cuenta los diversos factores y las condiciones en las que se encuentra la persona, así como la forma en que estos han influido en su estado. El modelo biomédico limitaba la explicación de la enfermedad principalmente a factores biológicos.

Según el modelo biopsicosocial, el comportamiento de la persona tiene una influencia significativa en la salud, puede suponer un riesgo de enfermedad o ayudar a la recuperación. Y el modelo paternalista afirmaba que las personas no son responsables de sus enfermedades. La ausencia de enfermedad era un signo de bienestar físico.

Modelo biomédico	Modelo biopsicosocial
se centra en la enfermedad;	enfoque holístico;
se considera la causa de la enfermedad antes que otros factores que influyen en la salud del paciente;	se parte de la base de que la salud y la enfermedad están relacionadas con múltiples causas, que tienen efectos diferentes;
explicación biológica «simple» de la enfermedad;	la medicina integrativa tiene en cuenta los diversos factores que podrían haber provocado la enfermedad;
las personas no son responsables de las enfermedades;	El comportamiento de las personas influye en su salud; las personas pueden modificar su comportamiento.
la ausencia de enfermedad como indicio de bienestar físico.	

El enfoque centrado en el paciente ha evolucionado y sigue desarrollándose constantemente, al mismo tiempo que el modelo biopsicosocial. La introducción del modelo biopsicosocial requirió un cambio en la mentalidad de los médicos, en particular, la comprensión de que el paciente es una persona y tiene derecho a participar en todos los procesos relacionados con su salud. A finales de la década de 1970, la OMS anunció la necesidad de un papel activo y la participación de los pacientes para mejorar tanto la calidad como la eficacia de la atención médica; por lo tanto, el enfoque centrado en el paciente se convirtió en un rasgo distintivo de la «medicina adecuada».

Componentes del enfoque centrado en el paciente

Los investigadores identifican actualmente los siguientes componentes del enfoque centrado en el paciente:

La empatía es la capacidad de escuchar y comprender, de sentir compasión y de brindar apoyo emocional a la persona que recibe asistencia médica. La empatía implica estar presente en el contacto con el paciente y comprender su situación.

El respeto es el trato respetuoso hacia la elección consciente del paciente, sus necesidades, creencias y valores; el apoyo a la dignidad humana y el reconocimiento de su integridad y responsabilidad, junto con su estado emocional.

La implicación no consiste únicamente en dedicar tiempo a interactuar con el paciente. Se trata del deseo de comprender al paciente y acercarse a su visión de su situación o enfermedad (sus inquietudes, sentimientos, expectativas...). El profesional sanitario debe mostrarse atento y comprometido.

Relaciones: implican confianza mutua entre el médico y el paciente, una colaboración que supone responsabilidad compartida.

La **comunicación** es una interacción bidireccional entre el profesional sanitario y la persona, un intercambio de información. Gracias a la comunicación, los valores y la postura del paciente serán escuchados y tenidos en cuenta en el proceso de toma de decisiones conjunta sobre su salud.

La toma de decisiones conjunta significa que la persona participa activamente en el proceso de prestación de asistencia médica, lo que incluye el empoderamiento, la autonomía y la participación en el tratamiento.

El enfoque holístico parte de la base de que todos los aspectos de la vida del paciente influyen en su salud. Los factores no médicos pueden influir en la enfermedad o en la recuperación, por lo que deben tenerse en cuenta en el proceso de prestación de asistencia médica. El enfoque holístico es la base del modelo biopsicosocial.

El enfoque individual, relacionado con el enfoque holístico, implica el estudio de los aspectos individuales de la vida del paciente que pueden influir en el proceso de prestación de asistencia médica.

La coordinación de la asistencia implica la colaboración y la interacción tanto entre los distintos tipos y niveles de asistencia médica como con otros servicios (sociales, psicológicos y de apoyo a la vida diaria).

¿Qué puede aportar un enfoque centrado en el paciente?

1. Una relación de confianza de calidad entre el paciente y el médico, la capacidad de proporcionar información y mostrar empatía: el factor motivador más poderoso para que el paciente se comprometa con el proceso de tratamiento y participe en él de forma consciente.

2. Cuando el médico demuestra que comprende las necesidades del paciente, el nivel de ansiedad de este se reduce considerablemente.

3. Los pacientes satisfechos con la actitud del médico muestran un mayor nivel de bienestar psicológico, presentan menos quejas, comprenden mejor su enfermedad y se esfuerzan por cuidar su salud de forma autónoma.

En la base del enfoque centrado en el paciente se encuentra la comunicación eficaz entre el médico y el paciente, que aumenta la satisfacción de este. Por otro lado, el respeto hacia el paciente, la comprensión de su contexto y el reconocimiento de su responsabilidad son un eslabón importante en la prevención del agotamiento emocional del médico.

El concepto de una relación de colaboración basada en la cooperación implica un cambio del paternalismo médico hacia una relación de interacción entre el paciente y el médico. El médico se convierte en el líder de esta interacción. Por lo tanto, la competencia comunicativa se convierte en el elemento más importante del profesionalismo médico . Y esto se puede y se debe aprender a lo largo de toda la vida profesional.

> *Cuando el médico demuestra que comprende las necesidades del paciente, el nivel de ansiedad de este se reduce considerablemente. En un estudio sobre la eficacia de la competencia comunicativa de los médicos se demostró que la reducción del estrés emocional del paciente está relacionada con las respuestas empáticas del médico ante las reacciones emocionales del paciente, así como con la accesibilidad y la claridad de la información que proporciona el especialista. Los pacientes que se mostraron satisfechos con la actitud del médico presentaron un mayor nivel de bienestar psicológico, presentaron menos quejas, comprendieron mejor su enfermedad y se esforzaron por controlar su salud de forma autónoma.*
>
> *Stuart y sus coautores (2000) demostraron que el trato personalizado del médico hacia el paciente, el contacto visual y las explicaciones detalladas sobre la enfermedad se asocian con menos malestar, menos ansiedad y una mayor mejoría de la salud mental en pacientes con enfermedades crónicas... Los estudios han demostrado la influencia de los factores psicosociales*

en el logro de la remisión en enfermedades oncológicas, que consiste en que el paciente maneja mejor el estrés provocado por la enfermedad, confía más en el médico y, por lo tanto, muestra una mayor adherencia al tratamiento. La satisfacción de los pacientes con la comunicación con los médicos se correlaciona estrechamente con la satisfacción de los pacientes con la atención médica en general.

Principios de la comunicación médica en el enfoque centrado en el paciente

Entre los principios fundamentales de la comunicación médica se incluyen:

- escucha empática: empatía consciente con el estado emocional actual de otra persona sin perder la percepción de que esa experiencia tiene un origen externo;
- escucha activa: reflejo de los sentimientos, preguntas abiertas;
- informar al paciente;
- fomento de la participación del paciente;
- reconocimiento del valor de la experiencia del paciente.

Como hoja de ruta para la aplicación de los principios de la comunicación eficaz, proponemos utilizar el modelo de habilidades comunicativas desarrollado por Silverman y sus colaboradores (Fig. 1.1), que prevé el perfeccionamiento de tres habilidades básicas indisolublemente relacionadas:

- habilidades de contenido: de qué habla el médico;
- habilidades de proceso: cómo se comunica el médico;
- habilidades de percepción: lo que el médico piensa y siente.

El enfoque centrado en el paciente debe aplicarse a distintos niveles. Todo comienza por cambiar la visión limitada del personal sanitario y su actitud hacia el paciente. El siguiente paso es transformar la relación entre el médico y el paciente, es decir, entre el proveedor y el receptor de la asistencia sanitaria.

Fig. 4. Tipos de habilidades comunicativas y su interrelación (según Silverman).



El paciente, el profesional sanitario y el Estado deben crear un sistema común de interacción eficaz que, a largo plazo, contribuya al desarrollo de una medicina centrada en la persona.

¿Por qué el sistema sanitario actual debe estar orientado al paciente?

La implantación de un enfoque centrado en el paciente es un principio fundamental para el desarrollo de un sistema sanitario orientado a las personas. La prestación de asistencia sanitaria basada en un enfoque centrado en el paciente contribuye a alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible n.º 3 del documento de las Naciones Unidas sobre la salud y el bienestar de la población.

El Objetivo de Desarrollo Sostenible n.º 3 consiste en garantizar un estilo de vida saludable y el bienestar de las personas de todas las edades. Para alcanzar este objetivo, se han definido una serie de tareas, en particular la implantación de la cobertura sanitaria universal (en inglés: universal health coverage). La cobertura sanitaria universal implica la protección frente a los riesgos financieros, el acceso a servicios médicos y sanitarios de calidad y a medicamentos y vacunas esenciales, seguros y eficaces.

¿Cómo contribuye el enfoque centrado en el paciente a la cobertura sanitaria universal?

Todas las personas tienen acceso equitativo a servicios médicos de calidad, lo que implica:

- servicios **de salud coproducidos** (en inglés: co-produced health care services) para satisfacer las necesidades de las personas;
- servicios coordinados para garantizar **una atención continua**;
- servicios que sean **integrales,** seguros, eficaces, oportunos y accesibles;
- todos **los proveedores de servicios** estén motivados, cuenten con los conocimientos y habilidades adecuados y trabajen en un entorno propicio.

Estrategias clave de la OMS para el desarrollo del sistema de salud con el fin de implementar un enfoque centrado en el paciente:

1. Empoderar e involucrar a los pacientes, a las personas que reciben asistencia sanitaria y a las comunidades locales para que participen en el sistema sanitario. Los servicios sanitarios de diseño conjunto constituyen una de las formas de poner en práctica esta estrategia.
2. Fortalecimiento de la gobernanza y la rendición de cuentas del sistema sanitario tanto ante las autoridades y los responsables de la contratación como ante la comunidad.
3. Reorientación del modelo de prestación de asistencia mediante la introducción de enfoques de gestión modernos e innovadores en la prestación de servicios médicos; en otras palabras, un nuevo modelo de asistencia médica.
4. Coordinar y reforzar las interrelaciones del sistema sanitario con los prestadores de otros servicios, sobre todo sociales, psicológicos, de rehabilitación, etc.
5. Creación de un entorno propicio mediante la mejora de la legislación, el desarrollo y la aplicación de políticas en el ámbito de la salud, el seguimiento y la evaluación, etc.

Resumiendo la parte teórica

El enfoque centrado en el paciente es una forma de prestar asistencia médica que tiene en cuenta los valores, los deseos y las preferencias del paciente, y lo involucra en el proceso de tratamiento.

El enfoque centrado en el paciente se introdujo en el siglo pasado como contrapunto al paternalismo en la medicina y a la formación del modelo biopsicosocial.

El enfoque centrado en el paciente es una nueva filosofía y forma de pensar que promueve el respeto y la empatía hacia las personas que reciben asistencia médica, y tiene en cuenta los factores sociales que influyen en su estado de salud.

El enfoque centrado en el paciente considera la salud no solo como la ausencia de enfermedad, sino como una vida plena, un estado de completo bienestar físico, mental y social.

El enfoque centrado en el paciente es una condición importante para garantizar la cobertura universal con servicios de salud de calidad y eficaces.

La creación de sistemas de salud centrados en las personas es fundamental para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular el Objetivo n.º 3 relativo a la cobertura universal del sistema de salud.

El enfoque centrado en el paciente:

- se basa en enfoques modernos de gestión de la prestación de asistencia médica;
- prevé la coordinación, la interacción y la integración de los distintos tipos y niveles de asistencia médica, así como con otros servicios sociales;
- se basa en los principios de la eficiencia económica;
- aplica tecnologías de la información y la comunicación innovadoras.

PARTE 2. TAREAS PRÁCTICAS. CASO PARA DEBATE

Introducción al caso

Este caso práctico puede representarse o imaginarse como un juego de roles, o bien «repasar mentalmente» el guion de una conversación similar.

Compara el escenario tradicional con el escenario centrado en el paciente y reflexiona sobre las respuestas a las siguientes preguntas:

- ¿Puede el médico prestar una asistencia adecuada si carece del contexto y la comprensión del comportamiento o las decisiones del paciente?
- ¿Qué fomenta o disuade al paciente de compartir detalles y circunstancias?
- ¿De qué manera la comunicación con el médico puede ser percibida de forma diferente por el paciente, dependiendo de si muestra empatía o no?
- ¿Influye realmente la muestra de empatía en los resultados clínicos?

En primer lugar, analizaremos la perspectiva de la paciente con una descripción de su estado de salud, así como algunas de sus creencias y situaciones. A continuación, le presentamos el punto de vista del médico, con el objetivo de ayudarle a comprender qué es lo que influye en sus decisiones y en su estrategia de interacción con la paciente.

Les presentamos dos conversaciones hipotéticas. En la primera, la médica aplica un enfoque paternalista y directivo. En la segunda, se utiliza un enfoque centrado en la paciente.

(Nota: el diálogo se basa en muchos años de observación de interacciones reales entre médicos y pacientes, pero se trata de un escenario ficticio.)

A través de la mirada del paciente

María es una mujer de 66 años que lleva seis meses en diálisis.

Por fin se ha acostumbrado a una agenda apretada, en la que tres días a la semana los dedica a prepararse para el procedimiento y a los desplazamientos hacia y desde el centro de hemodiálisis. María experimenta muchas emociones negativas y malestar por el procedimiento en sí, que dura horas. No le gusta que le lleve tanto tiempo. Ese tiempo lo podría dedicar a sus nietos, a disfrutar de la tranquilidad y la comodidad de su propia casa, pero es un sacrificio que asume conscientemente.

María lleva mucho tiempo luchando contra el sobrepeso y la diabetes. Intenta seguir todas las nuevas normas y recomendaciones de la doctora en cuanto a la dieta, pero le resulta difícil y ya no tiene la memoria que tenía antes. Se sintió completamente perdida cuando la doctora la «abrumó» con información sobre proteínas, fósforo y potasio. ¿Debe tomar medicamentos astringentes cuando consume alimentos con alto contenido en potasio o fósforo? (Y, por cierto, debe comer más proteínas, y el queso no contiene proteínas, así que parece que eso estaría bien para ella. ¡Qué lío!) Además, odia el sabor de sus medicamentos astringentes —le provocan estreñimiento—, así que a menudo los evita.

Además del nuevo plan de tratamiento, a María le cuesta calcular y ajustarse a su presupuesto para la comida. Con estas nuevas restricciones, le parece que todos los alimentos se han encarecido mucho. Se acabaron las conservas de frutas y verduras, las patatas, el pilaf de arroz... Alimentos y platos que le parecían baratos y fáciles de preparar, pero le han dicho que su estado ya no le permite consumirlos. Hace poco, durante una consulta, la doctora descubrió que María solía comer pasta con queso con bastante frecuencia.

A veces, el personal de la unidad de hemodiálisis trata a María como si no se preocupara por su salud o no siguiera el plan de tratamiento.

¡Pero en realidad no le da igual! De verdad se cuida lo mejor que puede; quiere ver crecer a sus nietos, no quiere que su salud siga empeorando y desea que, al fin y al cabo, llegue su turno para el trasplante de riñón. Sabe que para poder cumplir todos estos objetivos necesita mantenerse sana, y siente que está haciendo todo lo posible por seguir estas complicadas normas dietéticas.

A través de la mirada de la doctora

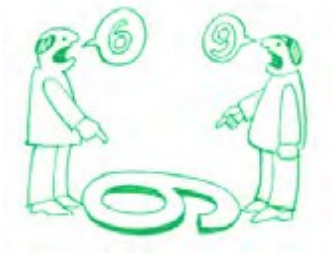
Irina, médica nutricionista, con 20 años de experiencia.

Irina tiene que lidiar con todo tipo de pacientes. Desde aquellos que la desafían abiertamente consumiendo precisamente lo que ella les prohíbe, hasta pacientes que han sufrido infartos durante la hemodiálisis, pasando por algunos que siguen sus consejos y viven mucho más tiempo en diálisis. En su opinión, se lleva bien con la mayoría de ellos, aunque a veces nota que algunos fingen estar dormidos cuando se acerca. Les gusta cuando les lleva «golosinas de diálisis» para obtener buenos resultados en los análisis de laboratorio.

Lo que inspiró a Irina a convertirse en dietista de la unidad de hemodiálisis fue la historia de su madre, que estuvo mucho tiempo en diálisis, nunca pareció seguir la dieta ni el plan de tratamiento y falleció demasiado joven. Irina quiere ayudar a otras personas a evitar esta trampa. Ofrece muchos materiales informativos, recursos y consejos útiles, ya que cuenta con muchos años de experiencia. Antes pensaba que si se proporcionaba toda esta información y estos consejos a los pacientes, estos tomarían decisiones informadas, pero últimamente se pregunta cada vez más a menudo qué falla en la motivación de sus pacientes.

Incluso Irina les muestra fotos de lo que le ocurre a su piel cuando el nivel de fósforo es demasiado alto, no modifican su dieta ni toman medicamentos astringentes con regularidad. Incluso les dice qué deben hacer exactamente para entrar en la lista de receptores en espera de un trasplante, muchos pacientes no cambian su comportamiento.

María le parece una mujer simpática, pero parece que no presta atención a lo que le dicen sobre la importancia de seguir una dieta renal. Irina le ha hablado a María en numerosas ocasiones sobre las restricciones dietéticas, pero su nivel de fósforo sigue siendo alto. En varias ocasiones, Irina ha sorprendido a María con restos de pasta y queso. Irina está disgustada porque su paciente no sigue la dieta, tan importante para su salud.



Enfoque tradicional

Lunes. Antes de entrar en la sala de María durante la diálisis, Irina revisa los resultados de los análisis de laboratorio realizados el día anterior. Los valores han mejorado ligeramente, ¡pero el nivel de fósforo sigue siendo demasiado alto! Coge los folletos con la lista de alimentos con alto contenido en fósforo y se dirige a la sala.

En el diálogo que figura a continuación, las indicaciones entre corchetes incluyen ejemplos de lo que se puede «deducir» de las respuestas de Irina en cada conversación.

L (Médica): «¡Buenos días, señora María! ¿Qué tal el fin de semana?» *[Inicio de conversación]*

P (Paciente): «Buenos días, señora Irina. Gracias, estupendamente. Celebramos el cumpleaños de mi nieto, que ha cumplido seis años, y me pidió que le preparara su plato favorito: macarrones con salsa de queso. El plato salió muy bien, ¡fue todo un éxito!».

L.: «Sí, veo que se ha llevado las sobras para picar algo. ¿Recuerda lo que hablamos la semana pasada sobre el queso?» *[Censura]*

P: «No se preocupe, señora Irina, esta mañana no he tomado ni huevos ni queso, teniendo en cuenta mis resultados. Todo con moderación, ¿no?»

L: «Bueno... acabo de revisar los resultados de sus análisis de laboratorio y su nivel de fósforo sigue siendo demasiado alto. ¿Quizás deberíamos volver a repasar estos folletos sobre el fósforo, señora María? Como ve, el queso figura en la lista de alimentos con alto contenido en fósforo y, en mi opinión, usted lo consume en exceso». (La doctora dedica unos 10 minutos a volver a mostrar y comentar el folleto.)
[Proporcionar información/consejos sin pedir permiso.]

P: «Lo sé, lo sé. Pero estoy intentando reducir la cantidad que consumo. Como ya te he dicho, esta mañana no he tomado queso. Y ya ni siquiera como los tomates que cultivo y que tanto me gustan. ¡Se los doy a mis hijos y a mis amigos! Sinceramente, echo mucho de menos los días antes de la diálisis, cuando no tenía que preocuparme tanto por cada cosa que me metía en la boca».

L: «Entiendo que es difícil, pero ya sabes lo que pasa cuando no sigues la dieta. Estuviste en el hospital con una infección hace unos meses. Pero tú quieres entrar en la lista de receptores para un trasplante. ¿Quizás podrías poner este folleto en tu nevera como recordatorio? O, si quieres, ¿podría hablar con tu hija y pedirle que te lo recuerde?».

[Intento de empatía, pero ineficaz; ignorar la conversación sobre los cambios; uso de tácticas intimidatorias; insultos; proporcionar información/consejos sin permiso]

P: «Sí, ya pegué los folletos en mi nevera la semana pasada. No quiero molestar a mi hija con esto ahora, su hija pequeña está enferma y necesita mi ayuda».

L: «Bueno, ¿y qué tal un diario alimenticio, señora María? Podría llevar un diario en el que anotara los alimentos y platos que consume, y así podríamos revisarlo juntos para averiguar en qué se está equivocando. Quizás, si logramos identificarlo con precisión, sus valores mejorarán. ¡Ya sabe que, como su médica, me alegraría mucho que sus valores fueran más bajos!» *[Intención genuina de ayudar; proporcionar información/consejos sin permiso]*

P: «Claro, vale, podríamos intentarlo... no está de más intentarlo».

L: «Bien, estupendo, en ese caso, planifique llevar un diario alimenticio esta semana. ¿Y qué hay de los astringentes? ¿Los ha tomado o los está tomando tal y como acordamos?» *[Imponer un objetivo de salud en lugar de que sea la propia paciente quien lo plantee; una pregunta cerrada difícilmente provocará una respuesta sincera]*

P: «Sí, sí. Sé que debo tomarlos durante las comidas principales y los tentempiés».

L.: «¡De acuerdo, de acuerdo! Me pondré en contacto con usted la semana que viene para revisar su diario de alimentación» *[Desviación de la salud hacia el control de los ejercicios escritos].*

Enfoque centrado en el paciente

He aquí una repetición del mismo escenario, pero suponiendo que Irina ha asistido a un curso de comunicación. ¡La clase introductoria le causó una gran impresión! Posteriormente, practicó, asistió a todas las clases de desarrollo de habilidades comunicativas y, de hecho, empezó a ver la diferencia entre el uso del enfoque tradicional y el enfoque centrado en el paciente. Vuelve a disfrutar de su trabajo y siente que está cambiando la vida de muchos de sus pacientes.

L: «¡Buenos días, señora María! ¿Qué tal le ha ido el fin de semana?» *[Interacción]*

P: «Buenos días, señora Irina. Gracias, estupendamente. Celebramos el cumpleaños de mi nieto, que ha cumplido seis años, y me pidió que le preparara su plato favorito: macarrones con salsa de queso. El plato salió muy bien, ¡fue todo un éxito!».

L: «¡Así que lo pasasteis muy bien en familia! ¡Esos famosos macarrones con salsa de queso tuyos son una auténtica tentación! Sé que estás trabajando duro para reducir la cantidad de queso en tu dieta, teniendo en cuenta los niveles de fósforo». *[Reflexión compleja, implicación, apoyo]*

P: «¡Ay, sí, ya sabes lo mucho que me gusta el queso! Sin embargo, esta mañana he reducido bastante la cantidad de queso y huevos; una pequeña cantidad no debería hacer daño, ¿verdad?»

L: «¡Es estupendo que haga ajustes! Tiene razón en que un enfoque flexible es fundamental, y lo que decida recortar depende totalmente de usted». *[Aprobación, apoyo a la autonomía del paciente]*

P: «Creo que no estoy reduciendo lo suficiente. Veo que tiene ahí los resultados de mis análisis. Sé que mi nivel de fósforo sigue siendo alto».

L: «Sí, es cierto, pero todos los demás valores están dentro de los límites aceptables. Y el nivel de fósforo es mucho más bajo que la última vez. Por lo tanto, lo que está haciendo tiene sentido». *[Aprobación, apelación al esfuerzo personal y a la autoeficacia]*

P: «Bueno, como ya he dicho, intento reducir su cantidad en mi dieta. No he tomado queso esta mañana. Y ni siquiera como tomates,

que cultivo y me encantan. ¡Se los doy a mis hijos y amigos! Sinceramente, echo mucho de menos los días antes de la diálisis, cuando no tenía que preocuparme tanto por cada cosa que me metía en la boca».

L: «¡Estás dando pasos importantes y significativos! Es una dieta realmente muy complicada. Y has hecho un trabajo impresionante al dominarla. Normalmente se necesita tiempo para entenderla bien. Sé que te estás esforzando mucho y que eres consciente de lo importante que es esto para tu salud». *[Afirmación, aprobación con reflexión profunda, reflexión sobre el esfuerzo dedicado al cambio]*

P: «Sí, sé lo importante que es y lo intento, aunque a veces me resulte abrumador».

L: «¿Qué te motiva?» *[Inicio de una conversación sobre el cambio]*

P: «Mis nietos. Ya sabes lo que significan para mí. ¡Lo son todo para mí! Quiero mantenerme lo más sana posible para seguir ayudando a mi hija con ellos. Y también tengo muchas ganas de entrar en la lista de receptores para un trasplante».

L: «Mantenerse sana, entrar en la lista de receptores y ver crecer a esos dos pequeños torbellinos de energía que son su mayor motivación. Me pregunto si te sería útil identificar solo uno o dos puntos que puedan ayudarte a mantenerte en el buen camino esta semana». *[Reflexiones profundas, solicitud de permiso, búsqueda de soluciones].*

P: «¿Con fósforo? (Irina asiente.) Bueno, estos materiales informativos son útiles, pero se centran en los productos que no debo consumir. ¿Tienen alguno que me dé una idea de los productos permitidos que puedo comprar en el supermercado? ¡Sería muy de agradecer que no fueran caros!»

L: «¡Por supuesto! Tengo un folleto con productos alimenticios que le pueden resultar útiles, y podemos analizar juntos cuáles son más baratos. ¿En qué más puedo ayudarle?» *[Propuesta de toma de decisiones conjunta]*

P: «Quiero confesarle algo: no tomo mis medicamentos astringentes en la cantidad que me recetó. Es que detesto su sabor; a veces me provocan estreñimiento».

L: «Me alegro de que lo haya mencionado. Es totalmente lógico que no quiera tomarlos. ¿Sabe?, podríamos intentar buscar otro medicamento. ¿Qué le parece?» *[Verificación, propuesta, ofrecer la posibilidad de tomar una decisión por sí mismo]*

P: «¡Oh! Estaría bien probar a buscar otro».

L.: «Le pediré a la enfermera que le dé algunas muestras para llevar a casa, para que pueda probarlas. Veo que su sesión de diálisis está llegando a su fin. ¿Le queda alguna pregunta que hacerme? En un momento volveré con material informativo para usted. ¿Cuáles serán sus próximos pasos?»

[Recordatorio de los siguientes pasos que le ayudarán a seguir el plan de tratamiento]

P: «Cuando termine la diálisis, le pediré los medicamentos a la enfermera e intentaré tomarlos. Me he dado cuenta de que tengo que revisar más a menudo los folletos que me da. Sin duda tendré en cuenta el nuevo folleto con los alimentos que son seguros y beneficiosos para mí. También intentaré reducir aún más la cantidad de queso y huevos. En los próximos días no habrá más cumpleaños, ¡eso me ayudará a seguir la dieta!».

L: «Un plan estupendo. Estoy segura de que, si lo sigues, tendrá un efecto positivo en tu salud. Poco a poco te irás acostumbrando y te resultará más fácil seguir la dieta, ¡te lo prometo!» *[Aprobación y apelación a la voluntad personal y la autoeficacia]*

Analicen ambos escenarios. Reflexionen sobre el enfoque y la estrategia que utilizó Irina en cada uno de ellos. ¿Cómo respondió María? ¿Qué fue eficaz y por qué? Por último, determinen cómo un enfoque centrado en el paciente puede mejorar la interacción entre el médico y el paciente.

Las preguntas de evaluación para comprobar los conocimientos se encuentran en la versión completa de la clase elaborada por el autor.

Preguntas para el diario reflexivo:

Teniendo en cuenta mi experiencia previa, ¿puedo decir que mi actitud hacia los pacientes es centrada en la persona?

Presentación del tema en el enlace:

bit.ly/3rAOXSs

Versión completa de la clase en el enlace:

bit.ly/3okw303

TEMA 2

Empatía

TEMA 2
EMPATÍA

Elaborado por Yulia Tykholaz, Tetiana Sendetska y Anastasia Leukhina



Yulia Tykholaz, profesora de la comisión de ciencias naturales, Colegio Médico Profesional de Vinnytsia «Académico Danylo Zabolotny»



Tetiana Sendetska, psicóloga, fundadora de Sendecka Training Agency



Anastasia Leukhina, presidenta de la ONG «Gorizontali» y autora «Un libro nada aterrador sobre la vida, la muerte y todo lo que hay entre ellas», consultora del proyecto ucraniano-suizo «Desarrollo de la educación médica»

OBJETIVOS DIDÁCTICOS:

- comprender la importancia de la actitud empática en el trabajo del personal sanitario;
- conocer los algoritmos de comunicación para demostrar una actitud empática en el proceso de comunicación con los pacientes y sus cuidadores.

Actitud	Conocimientos	Habilidades
El enfoque centrado en la persona como base de la filosofía de las relaciones con el paciente.	Conceptos: empatía, empatía, compasión.	Conciencia de las propias experiencias y sentimientos; desarrollo de la observación psicológica; desarrollo de habilidades «interpretar» señales no verbales; desarrollo de la habilidad de expresarse con empatía; desarrollo de la capacidad de empatizar.

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Parte organizativa – **5 min.**
Debate introductorio – **10 min.**
Mini-clase (breve repaso del material teórico) – **15 min**. Trabajo con casos prácticos en pequeños grupos – **10 min.**
Debate sobre los casos prácticos (debriefing) – **15 min.**
Debates interactivos, juego de roles y situaciones – **50 min.**
Reflexión final. Prueba final de evaluación de los conocimientos teóricos (formato electrónico o en papel) – **10 min**.
Resumen y anuncio de calificaciones – **5 min. Total: 120 min.**

Materiales de la sesión

Preguntas para el debate inicial: ¿cómo explicaríais el concepto de «empatía» a alguien que no sabe lo que significa?

PARTE 1. MATERIALES TEÓRICOS

La palabra «empatía» proviene del griego «patho», que significa un sentimiento (sensación) profundo, intenso y sensible, cercano al sufrimiento. El prefijo «em» significa dirigido (orientado) hacia el interior.

La empatía es un sentimiento consciente de compartir el estado emocional de otra persona, la capacidad de comprender los sentimientos de otra persona, «leer» su estado emocional y compararlo con los propios pensamientos y acciones.

En los mecanismos neurofisiológicos de la empatía intervienen las neuronas espejo. Estas células hacen que los primates repitan las mismas acciones unos tras otros, y que las personas se rían con los chistes, lloren con libros y películas conmovedoras y hagan amigos.

No hay que confundir la empatía con la compasión, ya que la empatía no solo se puede manifestar ante emociones «difíciles». Es un concepto más profundo y más implicado que la compasión, que simplemente reconoce los problemas o sentimientos de otra persona.

La empatía es una respuesta consciente a los sentimientos del interlocutor sin hacer propios los sentimientos ajenos. Se distinguen tres niveles de empatía: bajo, medio y alto.

El nivel bajo consiste en «interpretar» las señales no verbales y compararlas con lo que se ha visto anteriormente.

En la base del nivel medio se encuentra el deseo de comprender a la persona, averiguar la causa de sus emociones y escuchar toda la historia. Una manifestación de empatía en este nivel es la capacidad de ponerse en el lugar del interlocutor.

Un alto nivel de empatía implica la capacidad de percibir rápidamente el estado de una persona sin asumir sus problemas como propios; un análisis racional del estado emocional de la persona, lo que permite prestarle una ayuda real.

En psicología, la empatía se considera como la unidad de los procesos emocionales, cognitivos y volitivos. Entre los tipos de empatía se distinguen los siguientes:

- empatía emocional,
- empatía cognitiva,
- empatía predicativa.

La empatía emocional se basa en los mecanismos de proyección e imitación de las reacciones motoras y afectivas de otra persona.

La empatía cognitiva se basa en procesos intelectuales (comparación, analogía, etc.).

La empatía predicativa se manifiesta como la capacidad de una persona para predecir las reacciones afectivas de otra en situaciones concretas.

Se distinguen formas especiales de empatía: la empatía y la compasión.

Breve debate: ¿existe, en tu opinión, alguna diferencia entre los conceptos «empatía», «compasión» y «solidaridad»?

La empatía es la experiencia por parte del sujeto de los mismos estados emocionales que vive otra persona a través de la identificación con ella. En otras palabras, es la experiencia de una emoción similar a la del objeto.

La compasión es la experiencia de los propios estados emocionales a raíz de las sensaciones y sentimientos de otra persona. En la compasión, las experiencias del sujeto y del objeto no son idénticas.

Los profesionales sanitarios desarrollan su actividad en el ámbito «persona-persona», donde tiene lugar un proceso de comparación imaginaria entre uno mismo y otra persona con el fin de comprender y sentir las experiencias y los sentimientos de esta. Este proceso constituye el punto de partida de la empatía clínica.

Tabla 3

Relación entre la empatía, la compasión y la empatía emocional

	Compasión	Empatía	Compasión
Definición	Respuesta que a menudo se basa en la lástima, con frecuencia sin una comprensión suficiente de la situación, pero con el objetivo de protegerse de sentimientos desagradables	Una respuesta que se basa en el intento de comprender el sufrimiento ajeno y en la comunicación sobre él; la expresión de los sentimientos de la otra persona	Una respuesta que, como resultado de la comprensión del sufrimiento, intenta encontrar posibles respuestas y acciones para aliviarlo
Respuesta al sufrimiento	Observar	Observar y comunicar	Observar, comunicar y esforzarse para aliviar
Resultado	Autoprotección	Comprensión sincera de quien sufre, mejor contacto con la otra parte	Alivio de los sacrificios, ayuda real
Ejemplo	Es horrible... Ánimo... Lo siento...	Ayúdame a entender lo que te está pasando… Entiendo que ahora duele/estás triste/sientes ira/desesperación/nerviosismo...	Entiendo que ahora mismo no lo tienes fácil, pero ¿qué puedo hacer por ti para mejorar la situación? ¿En qué puedo ayudarte?

K. A. Stepien y A. Baernstein caracterizan la empatía clínica no solo como la comprensión de las emociones del paciente, sino también como la puesta en práctica de esa comprensión en relación con él.

La empatía clínica es la capacidad de comprender los sentimientos y las experiencias del paciente en su conjunto, de ponerse de su parte, sin emitir juicios de valor sobre él. Para ello, es importante tener una actitud positiva hacia la personalidad del paciente.

Según S. W. Mercer, la empatía clínica incluye:

1. La capacidad de comprender el estado del paciente y sus sentimientos (emociones).

2. La capacidad de comunicarse con el paciente con el fin de comprender su estado psíquico, sus emociones y verificar la exactitud de dicha comprensión.

3. La capacidad de actuar siguiendo una determinada vía terapéutica (teniendo en cuenta la comprensión del estado psíquico del paciente).

La empatía es un proceso que consta de dos etapas. En la primera etapa, es importante averiguar y alcanzar una comprensión clara y el reconocimiento de la situación y los sentimientos de la otra persona; en la segunda, comunicar esta comprensión al paciente o interlocutor de una forma clara y cómoda.

La mayoría de los profesionales sanitarios cumplen con éxito el primer punto: son capaces de reconocer y ser sensibles a la situación del paciente; sin embargo, no siempre lo demuestran abiertamente, es decir, no cumplen el segundo punto. Lo clave en la empatía es precisamente la demostración abierta de nuestra comprensión de las emociones del paciente de tal manera que este sienta nuestro apoyo.

La empatía se puede expresar de forma verbal y no verbal.

Manifestaciones no verbales de empatía:

- gestos,
- expresión facial (mímica),
- postura,
- la mirada – contacto visual,
- distancia,
- contacto físico: antebrazo, hombro, espalda (por encima de los omóplatos).

La manifestación verbal de la empatía es el comentario empático.

Las expresiones empáticas son comentarios de apoyo que nombran y reconocen de manera bastante específica las emociones y los problemas del paciente.

Ejemplos de comentarios empáticos:

«Veo que le cuesta aceptar la pérdida de memoria de su marido».
«Entiendo lo difícil que le resulta hablar de esto».
«Entiendo la rabia que siente por su enfermedad».
«Veo lo mucho que le entristece su comportamiento».
«Entiendo lo mucho que le asusta la idea de que el dolor pueda volver».

Una forma bastante eficaz de mostrar empatía es la técnica mnemotécnica **NURSE.**
(véase también la página 184)

Name: nombrar o reflejar la emoción del paciente;
Understand: comprender la emoción;
Respect: mostrar respeto;
Support: apoyar;
Explorar: explorar las emociones.

Veamos un ejemplo:
La madre del niño quiere rechazar la vacuna porque ha oído hablar de posibles complicaciones. Una respuesta empática siguiendo el esquema N.U.R.S.E. podría ser la siguiente:

N	Nombre	¿Nombrar o reflejar la emoción? «Tú temes las posibles complicaciones de la vacuna».
U	Comprender	Comprender la emoción: «Entiendo que esté preocupado por su hijo y no quiera correr ningún riesgo».
R	Respect	Mostrar respeto: «Me alegro de que seas una madre responsable y busques información adicional».
S	Apoyo	apoyar – «Puedo proporcionarle toda la información sobre esta vacuna y podremos hablar con más detalle la frecuencia de las posibles reacciones en el niño».
E	Explorar	profundizar en las emociones – «¿Qué más le preocupa con respecto a la vacuna?»

Tabla 4. **NURSE**

Resumiendo la parte teórica

La empatía ayuda a:

- establecer contacto y garantizar una relación de confianza;
- estimular la motivación y aumentar la adherencia (compromiso);
- reducir la tensión/agresión e a y emocional.

Sin un enfoque empático, difícilmente podremos identificar y comprender el punto de vista, las ideas, las percepciones, la motivación y las barreras del paciente. Solo cuando mostramos sinceramente nuestra disposición a aceptar la visión del mundo del paciente, este se abrirá con nosotros de forma franca y honesta, para que podamos apoyarle e influir en su elección.

Consejos para desarrollar una actitud empática:

Intente que cada paciente sienta que es importante para usted.

Póngase en el lugar del paciente, teniendo en cuenta sus emociones, necesidades y problemas de salud.

Aprenda más sobre la comunicación no verbal —la mímica, las microexpresiones, el lenguaje corporal, la lectura de los ojos, el tono de voz— para ayudarse a comprender los sentimientos del paciente.

Intenta transmitir amabilidad y naturalidad, incluso cuando no te sientas así. Mejora tu conciencia

sobre tu propia comunicación no verbal.

Pide a tus compañeros que observen tus interacciones con varios pacientes para evaluar tu empatía.

Escucha cómo los comunicadores empáticos conocidos (por ejemplo, compañeros, líderes, amigos, presentadores de televisión) utilizan su voz para expresar empatía. Practica pronunciar algunas frases delante del espejo (por ejemplo, «Creo que quizá sea difícil...»), evalúa tus habilidades y haz los ajustes necesarios.

Evite los juicios de valor. Intente crear relaciones en las que se le perciba como un sanador y un aliado, y no simplemente como un proveedor de servicios.

Si tiene problemas para sentir empatía hacia un paciente concreto, intente averiguar por qué ocurre esto y cómo superarlo.

PARTE 2. TAREAS PRÁCTICAS

Trabajo con casos prácticos en grupos reducidos

Tarea
Analiza los casos. Propón una respuesta empática siguiendo el esquema NURSE.

Caso 1:

Los padres, que han traído a su hijo desde una región remota para una consulta en la clínica de cirugía cardíaca de la capital, reaccionan de forma demasiado emocional ante las palabras del cardiólogo, quien les dice que «no le gustan los soplos y que es necesario realizar un examen cardíaco adicional», y exigen que no se posponga la intervención quirúrgica: «Ya nos hemos hecho todas las pruebas».

Una posible respuesta según el esquema **NURSE:**

Name – nombrar o reflejar la emoción: «Le asusta la futura operación, y ahora además se suman nuevas circunstancias. La incertidumbre asusta aún más».

Comprender: «Entiendo que lo más difícil es ver cómo sufre tu hijo y sentir que estás perdiendo el control de la situación».

Respect – mostrar respeto: «Pero ya ha pasado por mucho, ha conseguido traer a su hijo hasta aquí».

Support – apoyar: «Tenemos que asegurarnos de que su hijo está listo para la operación según todos los parámetros previstos. Intentaré hacerlo todo lo más rápido posible. Es muy importante».

Explore – profundizar en las emociones: «¿Hay algo más que le preocupe respecto al estado de su hijo?»

Caso 2:

El paciente se niega a someterse a la intervención de incisión y drenaje de la panaritium y exige que se le prescriba otro método de tratamiento (no invasivo), alegando el temor a «contagiarse de hepatitis»: «Recéteme una pomada... o quizá algo más, he oído que se puede hacer algún tipo de radioterapia...».

Una posible respuesta según el modelo **NURSE:**

Name – nombrar o reflejar la emoción: «Tienes miedo de contagiarte de hepatitis».

Understand – comprender la emoción: «Entiendo que es una enfermedad grave… y ahora se habla tanto de ella…»

Respect – mostrar respeto: «Pero hace usted muy bien en estar al tanto de esto e intentar evitar situaciones de riesgo».

Support – apoyar: «Vamos, yo mismo me encargaré de que todo esté esterilizado/utilizaremos instrumentos desechables».

Explore – profundizar en las emociones: «¿Qué más le asusta de nuestro plan de tratamiento?»

Caso 3:

Un paciente al que se le acaba de diagnosticar diabetes expresa su preocupación por el alta hospitalaria y dice: «No estoy seguro de estar preparado para hacer frente a todo esto: medir constantemente el nivel de azúcar y ponerme las inyecciones».

Posible respuesta según el esquema **NURSE**:

Nombre: nombrar o reflejar la emoción: «Parece preocupado...»

Comprender: «Entiendo que recibir un diagnóstico así es realmente estresante».

Respect – mostrar respeto: «Pero lo estás haciendo muy bien, aprendes rápido; hoy has manejado muy bien las tiras reactivas y las inyecciones de insulina».

Support – apoyar: «Mañana por la mañana volveremos a practicar juntos, y le diré a la enfermera que viene a visitarte periódicamente que pase a verte dentro de unos días para que practiquéis juntos».

Explore – profundizar en las emociones: «Cuéntame con más detalle qué más te preocupa respecto al control del nivel de azúcar en casa».

Debriefing (discusión de casos)

Debate interactivo

Preguntas para el debate:

1. ¿Por qué es importante que un profesional sanitario sea empático con sus pacientes?

Cuando un profesional sanitario intenta ponerse en el lugar del paciente, puede ofrecerle otras opciones de tratamiento o posibles formas de ayuda que probablemente no habían considerado antes. Al paciente le resultará mucho más fácil hablar de sus problemas con alguien que se muestra empático con él y se toma el tiempo para intentar comprender lo que siente y por lo que está pasando.

Los sentimientos, las preocupaciones, las expectativas y las ideas del paciente son tan importantes como las quejas sobre su estado físico. Teniendo en cuenta todos estos aspectos, el profesional sanitario podrá comprender mejor la situación y, en última instancia, ofrecer los mejores consejos sobre el tratamiento o garantizar una atención de calidad. Un profesional sanitario empático ayudará al paciente a sentirse a gusto y escuchado.

La empatía ayudará a derribar las numerosas barreras entre el paciente y el profesional sanitario con las que él o ella pueda encontrarse, y contribuirá a crear un entorno propicio para la comunicación.

La empatía es el principio fundamental del enfoque comunicativo centrado en el paciente. Un profesional sanitario capaz de demostrar comprensión suele tratar con pacientes que se sienten menos juzgados y más aceptados.

Un paciente que se siente apoyado y que no tiene la necesidad de defenderse estará, con toda probabilidad, más abierto a las recomendaciones sobre el plan de tratamiento y los cambios en el estilo de vida. Sin embargo, por muy sencillo que suene, «ser más empático» es una tarea bastante compleja para el médico de a pie.

Errores comunes:

falta de comprensión de lo que es la empatía. Confundir la empatía con la compasión, o bien que el médico muestre empatía solo cuando, en su opinión, el paciente está deprimido;

mostrar empatía con el único fin de marcar la casilla de «buen médico»;

pensar que ser empático es fingir que sabes exactamente lo que siente la otra persona para hacerla sentir mejor en una situación determinada;

creer que ser empático es una forma sencilla de conseguir que alguien confíe en ti;

pensar que la empatía es una habilidad que solo se aplica en la actividad profesional, y no en la vida cotidiana;

razonar de forma demasiado pragmática. Por ejemplo, decir que la empatía es importante porque le da al médico una buena valoración de los pacientes

2. ¿Qué es más importante: saber empatizar o saber compadecerse?

Empieza exponiendo tu definición personal de los conceptos de «empatía» y «compasión». Tus definiciones pueden diferir de las estándar. **Comenta las principales responsabilidades de un médico y por qué la capacidad de mostrar empatía y compasión es una habilidad fundamental a la hora de desempeñar esas responsabilidades.**

Los médicos son responsables de prescribir el tratamiento adecuado y de proporcionar al paciente la mejor atención posible, combinando conocimientos académicos, razonamiento crítico y comunicación (con sus colegas, el paciente

y los miembros de su familia). Lo más importante es que el médico no debe causar daño al paciente ni realizar una intervención médica sin el consentimiento informado del paciente.

Por lo tanto, la empatía es importante, ya que permite al médico comprender lo que puede sentir el paciente y qué puede esperar este en cuanto al resultado clínico (por ejemplo, ¿considerará un paciente de edad avanzada que una movilidad limitada es un resultado aceptable de la intervención?). En los casos en que la intervención sea dolorosa o cause miedo (como en el caso de una punción lumbar o una intervención quirúrgica), es de vital importancia que el médico mantenga una comunicación plena con el paciente, incluyendo obligatoriamente una explicación de los motivos de la intervención, de lo que el paciente sentirá durante y después de la misma, así como de los riesgos y posibles consecuencias peligrosas.

Mostrar compasión también es importante durante la conversación con el paciente.

Por ejemplo, al realizar una inyección e introducir la aguja, un médico que muestra empatía, pero no compasión, diría: «Le dolerá, pero el dolor no durará mucho, así que no se inquiete».

Un médico que muestre tanto empatía como compasión diría: «Quiero advertirle de que es posible que sienta como si algo le pinchara, pero lo haré lo más rápido y sin dolor posible, así que intente relajarse y no se concentre demasiado en ello. En un momento habrá terminado».

El ejemplo anterior pone de manifiesto lo importante que es que el médico sepa combinar la empatía y la compasión en el desempeño de su trabajo.

Responda a la pregunta: ¿qué es más importante, la empatía o la compasión? ¿O son ambas igualmente importantes?

Reflexiona sobre si existen circunstancias en las que mostrar demasiada compasión pueda resultar perjudicial. Utilizando tu propia experiencia o tus observaciones, pon un ejemplo.

Errores comunes:

responder a la pregunta antes de haber definido los términos;

no reflexionar de antemano sobre la diferencia entre estos dos conceptos y sobre cómo se relacionan con la profesión de médico o de cualquier otro profesional sanitario.

3. ¿Cómo le explicaría a un paciente que es necesario tomarle otra muestra de sangre porque se han perdido los resultados de la última prueba?

Póngase en el lugar del paciente. ¿Qué le puede preocupar? El paciente se ha sometido a un procedimiento que quizá le haya resultado incómodo y, sin que sea culpa suya, se le pide que lo repita. También le pueden preocupar cuestiones de confidencialidad relacionadas con la pérdida de la muestra de sangre.

En tal caso, es importante que se comunique con el paciente de forma clara y educada, y que le haga comprender lo que ha sucedido, para que el paciente no dude de que realmente ha ocurrido. No utilice eufemismos (palabras que suavizan o enmascaran). Póngase en el lugar del paciente, escuche sus problemas y todo lo que le diga. Puede decir: «Lamento mucho que tenga que volver a dar una muestra de sangre».

Piénselo, tal vez valga la pena decir: «Me imagino que se siente decepcionado por esto, ya que ha estado esperando y aún no ha recibido los resultados de los análisis de sangre».

Y también: «Le aseguro que no compartiremos los resultados de su análisis con nadie que no forme parte del equipo médico que le atiende. Entiendo su preocupación por la pérdida de los resultados de su última prueba, pero nos tomamos muy en serio las cuestiones de confidencialidad y haremos todo lo posible para garantizarla».

Errores comunes:

hablar de forma brusca, descortés o distante. Esto probablemente entristecerá aún más al paciente, que ya ha pasado por muchas cosas;

utilizar eufemismos que puedan confundir al paciente o hacerle dudar sobre lo que ha ocurrido;

culpar a otras personas de lo ocurrido. Aunque sea culpa de alguien, esto no mejorará el estado de ánimo del paciente.

4. ¿Por qué los profesionales sanitarios, que forman parte de un mismo equipo médico, deben mostrar empatía entre ellos y también hacia sus pacientes?

El trabajo en el sector sanitario (por ejemplo, en un hospital) puede ser muy estresante y agotador. Los compañeros pueden necesitar el apoyo de alguien que comprenda bien esta situación. Las circunstancias personales pueden afectar a la capacidad de algún miembro del equipo para realizar su trabajo, y si esa persona decide compartir contigo sus problemas o preocupaciones, es importante mostrar empatía e intentar comprender lo que está pasando por su cabeza.

Mostrar comprensión entre compañeros mejora la capacidad de colaboración del equipo y, por lo tanto, mejora la calidad de la atención que se presta a los pacientes. El trabajo de un profesional sanitario puede ser traumático o estresante, y esto puede afectar personalmente a los miembros del equipo. Contar con compañeros empáticos, a quienes no les da igual lo que les pase a los demás, puede ayudar al equipo a sentirse más positivo, lo que les dará ánimos en el trabajo.

5. Usted es médico. ¿Cómo se comportaría ante unos padres que han llevado a su hijo al servicio de urgencias del hospital y están enfadados porque tienen que esperar mucho tiempo para que lo atiendan?

Los médicos a veces se enfrentan a pacientes «difíciles» (no me refiero a su estado físico, sino a «manifestaciones emocionales o conductuales difíciles»), pero en un escenario así es importante mostrar empatía y comprender que, por lo general, la persona tiene una razón para comportarse así. Intente aplicar la técnica **ICE** (ideas, preocupaciones y expectativas). Explique cómo averiguaría por qué los padres creen (ideas) que tienen que esperar tanto tiempo, por qué se preocupan (preocupaciones) por ello y qué quieren (expectativas) que usted haga en esta situación.

Imagina por qué los padres pueden sentir ira en una situación así. Es muy probable que estén preocupados por su hijo y puedan pensar que el personal no está haciendo lo suficiente para que el paciente sea atendido lo antes posible. Comenta cómo intentarías tranquilizar a los padres. Es importante comprender que los padres (o familiares) cuyo hijo ha sido trasladado a la sala de urgencias pueden estar muy angustiados, y usted debe demostrar que quiere ayudarles a estar seguros de que su hijo recibirá la mejor atención y cuidados posibles. Los padres o los pacientes en el servicio de urgencias también pueden estar estresados por motivos que quizá ni siquiera se te ocurran o intuyas. Por eso es tan importante escuchar al paciente, darle la oportunidad de explicar su situación y, a cambio, ofrecerle el apoyo adecuado, por ejemplo, dejándole usar el teléfono.

Errores comunes:

Olvidarse del paciente o de los padres. Explicar cómo podrías controlar la situación está muy bien, pero a la gente siempre le interesa más cómo muestras empatía hacia alguien que está triste o estresado y cómo resuelves sus problemas;

No querer preguntar a la persona cuál es su punto de vista sobre la situación. La técnica ICE es precisamente lo que conviene utilizar en un escenario así.

5. Cuéntanos un caso en el que hayas demostrado empatía. Relaciona tu respuesta con la medicina y con por qué la empatía es tan necesaria en la profesión médica, y cómo tu ejemplo te ayuda a sentirte (hasta cierto punto) preparado para la práctica profesional.

Tu ejemplo debe ser específico para ti (basado en tu situación concreta). Ten en cuenta tanto los recursos verbales como los no verbales que puedes utilizar para mostrar empatía. ¡No se trata solo de lo que dices, sino también de cómo lo dices!

Parte de tus reflexiones puede incluir lo que harías de otra manera. Esto demostrará tu capacidad para aprender de tu propia experiencia.

Errores comunes:

No te centres en tus propias historias, sino habla de situaciones en las que hayas sido testigo de muestras de empatía por parte de otros médicos. En este caso, eso no importa, ya que lo importante es escuchar precisamente tu experiencia.

Contar una historia (tu ejemplo) sin reflexionar ni ampliar tu comportamiento empático: es fácil perderse en «contar la historia» y en la charla.

Olvidar relacionar tus argumentos con la medicina y con el motivo por el que la situación que describes demuestra que algún día serás un buen estudiante de medicina o médico.

LA EXPLORACIÓN Y LA TOMADA DE CONCIENCIA DE LAS PROPIAS EXPERIENCIAS COMO LA OTRA CARA DE LA EMPATÍA

Las habilidades de comunicación clínica están estrechamente relacionadas con las competencias emocionales, por lo que durante la formación conviene practicarlas y estudiarlas conjuntamente. La capacidad de los médicos para identificar sus propias emociones y gestionarlas puede mejorar su bienestar general mediante la prevención del estrés y el agotamiento. Es fundamental saber reconocer las propias reacciones emocionales automáticas, ya que son estas las que con mayor frecuencia provocan conflictos, toxicidad en las relaciones y agotamiento. Veamos, pues, cómo podemos explorar nuestros sentimientos por nuestra cuenta.

Podemos explorar nuestros sentimientos durante o después del propio suceso. «Durante» significa estar muy consciente en el momento en que nos comunicamos, solo para reflexionar sobre el componente emocional de nuestra comunicación y corregirlo. Después del evento, es útil recordar el cambio de tus emociones y analizar tu comportamiento para aumentar tu conciencia, tu curiosidad y encontrar nuevas opciones con las que puedas sustituir las reacciones automáticas o el juicio rápido de los demás.

Observa tus habilidades:

Identifica las emociones (las tuyas y las de los demás): fíjate en cómo reaccionas, en cómo reaccionan los demás y en cómo las emociones influyen en tu comunicación.

Por ejemplo, un compañero te dice con sarcasmo, delante de otros, que te has olvidado de compartir con él información crucial sobre un paciente. Tú respondes enfadado que él mismo podría haber consultado la ficha del paciente.

Analice las causas de estas emociones. ¿Por qué reaccionaste? ¿Por qué reaccionó la otra persona? ¿Qué provocó tu (por ejemplo) enfado? ¿O el sarcasmo de tu compañero (el sarcasmo suele ser también enfado no expresado)? Pregúntate: ¿puedes alejarte de la reacción emocional automática y, en su lugar, aplicar la empatía? ¿Cómo podría ser eso?

Te sientes culpable y herido. Tienes problemas en casa y, además, te faltan fuerzas en el trabajo. Te sientes menospreciado ante los demás. Tu compañero está decepcionado y enfadado porque ha tenido que asumir más trabajo en unas circunstancias en las que ya estaba desbordado y al borde del agotamiento.

Actúa de forma consciente y construye relaciones. Comprender tus emociones y sus orígenes puede ayudarte a encontrar el camino en la conversación con otra persona. Puedes pedir perdón, puedes explicar qué ha provocado esos sentimientos tan intensos, puedes reconocer más la contribución, el trabajo o el estado emocional de la otra persona. El acercamiento empieza con pequeños pasos.

Habla con tu compañero de trabajo a solas. Empieza por pedirle sinceras disculpas por no haberte comunicado bien y por haberle causado una carga adicional. Explícale que tienes un problema en casa y lo difícil que te resulta últimamente mantener la concentración en el trabajo. Reconoce que tu compañero también está bajo presión y que tú le has añadido más tensión. Es muy probable que tu compañero acepte tus disculpas y se disculpe por haberte humillado delante de otras personas, y te desee que tus problemas familiares se resuelvan. Dale las gracias a tu compañero y propónle ir juntos a tomar un café o un té.

Grupo de pares para aumentar la autoconciencia: crea un pequeño grupo de pares con tus compañeros (también puedes proponer crear uno con los estudiantes) y reúnete cada semana durante media hora para compartir vuestras observaciones y conclusiones a partir de la experiencia. Observar, formular y expresar tus vivencias es una práctica útil para desarrollar las competencias emocionales.

Puedes obtener más información en el modelo Guide to the iCARE-Haaland Model Resources • CONNECT (tghn.org), un proyecto de investigación internacional destinado a desarrollar competencias emocionales universales para los profesionales de la salud de diferentes países.

El caso de Tatiana

Parte 1

– Si los análisis confirman mi sospecha, su enfermedad no tiene cura y derivará en cáncer.

– ¿Cómo? ¿No tiene cura en absoluto?

– No.

5 minutos de silencio.

– ¿Y qué hago?

Silencio. Cada uno se quedó sumido en su silencio y en su dolor.

Posibles preguntas para el debate:

¿Qué salió mal? *(Aquí se puede hablar de la actitud cerrada del médico, de la brevedad excesiva, de la falta de diálogo, de una conclusión y de un plan).*

¿Te atreverías, si estuvieras en el lugar de la paciente, a volver a visitar a este médico? ¿Por qué sí o por qué no? *(Aquí se pueden explorar los miedos y las diferentes percepciones de los oyentes; al fin y al cabo, cada persona es diferente: unos volverían, y otros no).*

¿Qué podría haber hecho el médico de otra manera? *(Consulte la sección sobre el modelo de consulta de Calgary-Cambridge en el Tema 3).*

¿Cómo sería una comunicación más empática? *(Aquí se puede aplicar la información del Tema 3 sobre la estructura de la consulta y del Tema 6 sobre cómo comunicar malas noticias).*

Parte 2

Esta es mi historia y la de mi ginecóloga. Estaba muy enfadada por cómo se había comportado conmigo. ¿Por qué no podíamos hablar de todo esto como personas? Ya la había tachado de «poco profesional», pero había algo en esta historia que no me dejaba en paz. Quería poner punto final a todo esto, así que volví a verla. Pero esta vez todo fue diferente: me habló con amabilidad, cordialidad y empatía. Parecían dos personas distintas. Y entonces comprendí que no me había topado con un caso de «falta de profesionalidad», sino con una situación en la que el dolor y los sentimientos impiden al médico ser eficaz en su trabajo y tratar a los pacientes con esmero.

Posibles preguntas para el debate

¿Por qué creéis que la doctora actuó de forma diferente la siguiente vez? *(Aquí se puede hablar de su estado emocional, de una posible falta de habilidades para responder con empatía, de cómo comunicar malas noticias y del asesoramiento en general, así como de cómo sus propias emociones influyen en su forma de comunicarse).*

¿Qué ayudó a la doctora a cambiar su comportamiento durante la siguiente visita de la paciente? *(Aquí se puede debatir sobre la apertura de la paciente al diálogo y cómo una estrategia similar puede funcionar en ambos sentidos).*

¿Qué conclusión podemos sacar de este caso para nosotros mismos? *(Habilidades, competencias emocionales, mayor conciencia).*

Es difícil comprender a los demás si no te comprendes a ti mismo

Las emociones impregnan todos los ámbitos de nuestra vida y nos guían en aquellos momentos en los que nos enfrentamos a dificultades o retos demasiado importantes como para confiar únicamente en la razón. Lo queramos o no, las emociones siempre están presentes en nuestra vida: surgen como reacciones ante determinados estímulos. A lo largo de la vida, la persona acumula experiencia en la percepción de diversas emociones (tanto propias como ajenas), que se transforma en impulsos que se manifiestan como respuesta a una situación concreta. De la calidad y el volumen de esta experiencia depende nuestra capacidad para reconocer y aprovechar en nuestro beneficio una u otra situación. Es difícil separar lo personal de lo profesional para no dejarse llevar por las emociones en el trabajo, por lo que vale la pena aprender a manejarlas.

Aquí es donde entra en juego la inteligencia emocional (IE), ya que es ella la que nos devuelve el control de las situaciones y nos da acceso al almacén de conocimientos racionales de nuestro cerebro.

El término «inteligencia emocional» fue acuñado por primera vez por los psicólogos estadounidenses J. Mayer y P. Salovey (1990). Según estos científicos, el inteligencia emocional es el conjunto de capacidades cognitivas para identificar, comprender y gestionar las emociones. Mayer y Salovey también desarrollaron un conocido test para determinar el nivel de inteligencia emocional.

En 1995, Daniel Goleman definió las siguientes cinco capacidades que constituyen la base del inteligencia emocional:

Conciencia de las propias emociones (autoconciencia): la capacidad de reconocer las propias emociones cuando surgen; es la base del inteligencia emocional. La capacidad de estar constantemente atento a los sentimientos es extremadamente importante para la perspicacia psicológica y el autoconocimiento. Las personas que pueden afirmar con seguridad lo que sienten resultan ser mejores «pilotos» de su vida, ya que dudan menos de la corrección de sus decisiones.

El control de las emociones es la capacidad de velar por que las emociones se ajusten a la situación en la que se encuentra la persona. El control de las emociones incluye: la capacidad de calmarse, la capacidad de deshacerse de la ansiedad excesiva, la depresión y la irritabilidad. Las personas que no han desarrollado bien estas habilidades sufren de emociones excesivas e intentan luchar contra ellas, mientras que quienes las han dominado recuperan el equilibrio mucho más rápido tras haber pasado por dificultades o experiencias traumáticas.

La automotivación —canalizar las emociones en la dirección correcta— favorece la concentración, aumenta el autocontrol, ayuda a ser más creativo y nos ayuda a alcanzar los objetivos fijados.

La capacidad de reconocer las emociones de otras personas (empatía) es la habilidad más importante de entre todas las necesarias para trabajar con personas. Las personas con una mayor capacidad de empatía son sensibles incluso a las señales más sutiles que indican lo que los demás quieren o necesitan. Esto ayuda a las personas empáticas a tener éxito en profesiones relacionadas tanto con la gestión como con el cuidado de los demás.

La capacidad de entablar relaciones consiste en saber manejar con habilidad las emociones de los demás. Esto incluye la competencia social y las habilidades específicas relacionadas con ella. Son precisamente estas habilidades las que refuerzan la popularidad y las cualidades de liderazgo de una persona y aumentan la eficacia de la comunicación interpersonal. Las personas que dominan la habilidad de entablar relaciones pueden desenvolverse perfectamente en cualquier situación que requiera una interacción hábil y fluida con otras personas. Son estrellas en el ámbito de la comunicación.

Estos componentes de la inteligencia emocional corresponden a los pasos sucesivos para su desarrollo.

Veamos con más detalle los pasos principales de este proceso:

Concienciación de las emociones: en esta etapa es importante aprender a percibir los acontecimientos que nos rodean a través del prisma de las emociones y ver emociones donde normalmente solo se suele percibir un cálculo frío y acciones racionales.

El desarrollo de la capacidad de «leer» el contenido emocional de los acontecimientos puede lograrse mediante:

- la profundización de los conocimientos sobre las conexiones entre las zonas racionales del neocórtex y los órganos emocionales del sistema límbico del cerebro;
- el análisis de casos desde la perspectiva del papel que desempeña en ellos la inteligencia emocional;
- el análisis de los patrones emocionales de la propia conducta;
- llevar un diario de emociones.

El control de las emociones y la automotivación son imposibles sin pasar por la etapa de tomar conciencia de las propias emociones.

La capacidad de reconocer las emociones de otras personas (empatía) es importante, pero el desarrollo eficaz de este componente de la inteligencia emocional es imposible sin haber asimilado con destreza los anteriores. Porque solo al aprender a comprendernos y aceptarnos a nosotros mismos en diferentes estados y manifestaciones emocionales, aprendemos a comprender y aceptar a los demás.

La capacidad de construir relaciones es el último paso en el desarrollo de la inteligencia emocional. Esta capacidad implica la asimilación de estrategias para gestionar nuestras propias emociones y las de los demás con el fin de alcanzar objetivos comunes.

La evaluación del nivel de inteligencia emocional es el primer eslabón en la cadena de su desarrollo; por eso, en el anexo encontrarás el Cuestionario de «inteligencia emocional» de N. Hall, que te ayudará a determinar el nivel de desarrollo de cada componente de tu IE, así como ejercicios y técnicas que te ayudarán a gestionar mejor tus propias emociones.

Muéstrate comprensivo y atento contigo mismo. Esto te ayudará a establecer relaciones empáticas y de confianza con tus pacientes.

Cuestionario de «inteligencia emocional» de N. Hall

Instrucciones: A continuación se le presentarán una serie de afirmaciones que, de una u otra forma, reflejan diferentes aspectos de su vida. Por favor, anote en la casilla correspondiente del formulario, situada a la derecha del número de cada afirmación, la puntuación que le parezca adecuada según su valoración de las respuestas:

Totalmente en desacuerdo (–3 puntos)

Básicamente en desacuerdo (–2 puntos) Parcialmente en desacuerdo (–1 punto) Parcialmente de acuerdo (+1 punto)

Básicamente de acuerdo (+2 puntos) Totalmente de acuerdo (+3 puntos)

Hoja de respuestas:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

Preguntas del cuestionario

1. Para mí, tanto las emociones negativas como las positivas son una fuente de conocimiento sobre cómo actuar en la vida.

2. Las emociones negativas me ayudan a comprender qué debo cambiar en mi vida.

3. Me mantengo tranquilo/a cuando siento presión por parte de los demás.

4. Soy capaz de observar los cambios en mis sentimientos.

5. Cuando es necesario, puedo mantener la calma y la concentración para actuar de acuerdo con las exigencias de la vida.

6. Cuando es necesario, puedo evocar en mí mismo un amplio abanico de emociones positivas, como la alegría, la felicidad, el entusiasmo y el humor.

7. Presto atención a cómo me siento.

8. Cuando algo me ha amargado el día, puedo controlar fácilmente mis emociones.

9. Soy capaz de escuchar los problemas de los demás.

10. No me obsesiono con las emociones negativas.

11. Soy sensible a las necesidades emocionales de los demás.

12. Puedo tener un efecto tranquilizador en los demás.

13. Soy capaz de motivarme una y otra vez para enfrentarme a los obstáculos.

14. Intento abordar los problemas de la vida de forma creativa.

15. Reacciono de forma adecuada ante el estado de ánimo, los impulsos y los deseos de los demás.

16. Puedo entrar fácilmente en un estado de calma, disposición y concentración.

17. Cuando el tiempo lo permite, me enfrento a mis sentimientos negativos y analizo cuál es el problema.

18. Soy capaz de calmarme rápidamente tras una decepción inesperada.

19. Conocer mis verdaderos sentimientos es importante para mantenerme «en forma».

20. Entiendo bien las emociones de los demás, incluso cuando no las muestran abiertamente.
21. Soy capaz de reconocer bien las emociones a través de la expresión facial.
22. Puedo dejar de lado fácilmente los sentimientos negativos cuando hay que actuar.
23. Capto bien las señales en la comunicación que indican lo que necesitan los demás.
24. La gente cree que soy muy bueno para entender los sentimientos de los demás.
25. Las personas que son conscientes de sus verdaderos sentimientos controlan mejor su vida.
26. Soy capaz de mejorar el estado de ánimo de los demás.
27. Se me puede consultar sobre cuestiones relacionadas con las relaciones interpersonales.
28. Me sintonizo bien con las emociones de los demás.
29. Ayudo a los demás a utilizar sus motivaciones para alcanzar sus objetivos personales.
30. Puedo desconectarme fácilmente de las preocupaciones y los problemas.

Procesamiento e interpretación de los resultados:

Suma y anota los resultados de cada escala. Escala de «conciencia emocional»: preguntas 1, 2, 4, 17, 19 y 25.

Escala «control de las emociones propias»: preguntas 3, 7, 8, 10, 18 y 30.

Escala «automotivación»: ítems 5, 6, 13, 14, 16, 22.

Escala «empatía»: ítems 9, 11, 20, 21, 23, 28.

Escala «reconocimiento de las emociones de otras personas»: puntos 12, 15, 24, 26, 27 y 29.

Niveles de desarrollo de los componentes de la inteligencia emocional:

14 y más: nivel alto. Sus indicadores no son solo la distinción de emociones o la capacidad de gestionarlas, sino también la capacidad de comprender cómo la expresión de las propias emociones influye en los demás y de tenerlo en cuenta en el propio comportamiento;

8-13: nivel medio. Indica la capacidad de distinguir las emociones de otras personas, gestionar las propias experiencias negativas y expresar adecuadamente las emociones;

7 y menos: nivel bajo. Indica que la persona comprende mal sus propias emociones y las de los demás, no sabe gestionar sus propias emociones ni empatizar con los demás.

Nivel general de desarrollo de la IE:

70 o más: alto; 40-69: medio;
39 o menos: bajo.

Técnicas útiles para desarrollar la inteligencia emocional

Mapa de emociones

Emoción	Causas	Manifestaciones físicas	Pensamientos que acompañan al experimentar la emoción	Personas con las que se asocia
Ira				
Repugnancia				
Miedo				
Sorpresa				
Alegría				
Tristeza				

Dedica unos minutos de tu tiempo a intentar comprender por ti mismo el papel que desempeña cada emoción en tu vida. Añade a la lista otras emociones que puedas reconocer en ti mismo.

Diario de emociones

Configura varios recordatorios a lo largo del día con el título «Mis emociones» (entre 7 y 10 recordatorios). Cuando te llegue un recordatorio, pregúntate:

¿Qué siento en este momento? ¿Qué emoción es?
¿Qué intensidad tiene? ¿Qué la provoca?

Anota la relación entre tus pensamientos y tus emociones.

Después, reflexiona y analiza tu diario: ¿qué emociones predominan en ti?

¿Qué ha provocado estas emociones? ¿Hasta qué punto han sido intensas estas emociones?
¿Cuántas emociones diferentes has sentido?

¿Cómo gestionar las emociones?

Existe una técnica sencilla que te ayudará a comprender rápidamente qué emoción estás sintiendo en este momento y a identificar su causa, además de mostrarte posibles soluciones para la situación que se ha producido.

Luz roja
Déjate llevar por esa emoción (generación de la emoción). Ponle nombre.

Luz amarilla
Piensa por qué ha surgido, cómo te sientes, en qué parte de tu cuerpo sientes esta emoción y qué sensación es. Analiza las opciones para salir de la situación (toma de conciencia de la emoción).

Luz verde
Actúa según el plan que te parezca mejor (expresión de las emociones).

Lista de verificación de autoayuda durante emociones intensas

- **No reprimas las emociones.** Fíjate en lo que te duele y en lo que te indican las emociones.
- Crea para ti un mapa de relaciones causa-efecto e intenta comprender **qué ha provocado estas emociones.**
- Céntrate en los «dolores» detectados y piensa en **cómo puedes influir en ellos.**

Técnicas útiles durante las emociones intensas

Técnica de estabilización 1

- Mira a tu alrededor y busca con la vista 5 objetos de color azul o verde. Nómbralos.
- Escucha y oye 4 sonidos diferentes. Nómbralos.
- Toca con la mano y siente tres superficies diferentes. Describe cómo se sienten al tacto.
- Percibe dos olores diferentes. Nómbralos.
- Identifica algún sabor. Di qué sabor has percibido. (Quizás notes un sabor en la boca; si puedes, bebe un poco de agua y fíjate qué sabor tiene).

Técnica de estabilización 2

Respira profundamente y exhala. Mira lentamente a tu alrededor y encuentra:

- 5 cosas que veas,
- 4 cosas que tocas,
- 3 sonidos que oyes,
- 2 olores que percibes,
- 1 emoción que estás sintiendo ahora mismo.

Ejercicio de respiración 1

Acuéstese cómodamente boca arriba, doble las piernas por las rodillas y apoye los pies en el suelo (o en el diván).

Inspira profundamente y cuenta hasta cinco. Asegúrate de que tu abdomen se eleve, mientras que el pecho, los hombros y la zona lumbar permanecen pegados al suelo o al colchón.

Exhala lentamente mientras cuentas hasta cinco. Intenta pegar el abdomen a la espalda. Haz dos series de 10 a 20 respiraciones profundas.

Ejercicio de respiración 2

«Respiración en cuadrado»: al 1, 2, 3, 4 inspiramos aire; al 1, 2, 3, 4 retenemos
la respiración, al 1, 2, 3, 4 exhalamos y al 1, 2, 3, 4 volvemos a contener la respiración. Inhalamos el aire suave y lentamente por la nariz, exhalamos por la boca. Reduce poco a poco el ritmo al que cuentas. Si realizas este ejercicio durante unos minutos, la ansiedad disminuye.

Técnica para explorar los propios recursos

¿Cómo estoy de recursos?

- Recuerda las dificultades que has logrado superar anteriormente. ¿Qué te ayudó a hacerlo?
- Anota todos tus puntos fuertes. Ve añadiendo a la lista todos los que vayas descubriendo o recordando.
- Haz una lista de las cosas que te ayudan a recuperar recursos y energía emocional.
- Planifica al menos algo de esta lista para los próximos días.

La práctica de la gratitud

La gratitud ayuda a dejar ir lo superfluo, a disfrutar de los momentos de alegría y nos llena.

- Piensa y haz una lista de aquello por lo que estás agradecido en tu trabajo.

- Haz una lista de aquello por lo que (y a quién o por qué) estás agradecido este mes.
- Haz una lista de aquello por lo que (y a quién o por qué) estás agradecido esta semana.
- Haz una lista de aquello por lo que (y a quién o por qué) estás agradecido hoy.

Preguntas para el diario reflexivo:
¿Qué has sentido durante la sesión? ¿Qué has aprendido nuevo sobre ti mismo y sobre el grupo? ¿Cómo vas a utilizar estos conocimientos? ¿Qué has aprendido? ¿Cómo te pueden ser útiles en el futuro los conocimientos y habilidades adquiridos? ¿Qué ha sido importante? ¿En qué te has detenido a pensar? ¿Qué te ha pasado? ¿Qué hay que desarrollar de cara al futuro?

Bibliografía y versión electrónica de la sesión: bit.ly/3Do6RtJ

TEMA 3

La confianza en la relación paciente-enfermera

La consulta como espacio para construir una relación de colaboración



TEMA 3

LA CONFIANZA EN LA RELACIÓN CON EL PACIENTE. LA CONSULTA COMO ESPACIO PARA CONSTRUIR UNA RELACIÓN DE COLABORACIÓN

Recopilado, estructurado y traducido por primera vez al ucraniano con gran atención al detalle por Anastasia Goretska, Olena Korotun y Tetiana Shchudrova



Anastasia Goretska, directora del servicio psicológico del Instituto Educativo y Científico de Calidad de la Educación, Universidad Nacional de Medicina de Járkov



Olena Korotun, profesora adjunta del Departamento de Pediatría y Enfermedades Infecciosas Infantiles, Universidad Estatal de Medicina de Bucovina



Tetiana Shchudrova, profesora adjunta del Departamento de Farmacología, Universidad Estatal de Medicina de Bucovina

OBJETIVOS DIDÁCTICOS

- Conocer la estructura de la consulta;
- ser capaz de analizar los signos no verbales durante la comunicación con el paciente.

Actitudes	Conocimientos	Habilidades
El enfoque centrado en la persona como base de la filosofía de las relaciones con el paciente.	Cómo generar confianza en la relación con el paciente; La consulta como espacio para construir relaciones.	Lograr el entendimiento mutuo y la confianza; Establecimiento de relaciones de colaboración; preguntas abiertas; comunicación verbal y no verbal; exploración de las emociones del paciente; empatía.

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Parte organizativa: **5 min.**
Evaluación del nivel inicial de conocimientos (prueba de control). Formularios electrónicos (preferiblemente) o en papel – **10 min.**
Breve repaso del material teórico (miniconferencia). Como alternativa: interrogatorio oral, actividad interactiva o proyección de un vídeo **– 20 min.**
Análisis de casos reales. Como alternativa, se propone el debate de los casos en pequeños grupos **– 20-40 min**
Escenario con un paciente simulado y grabación en vídeo **– 20-30 min.**
Debriefing **– 30 min.**
Repetición del escenario con cambio de parámetros **– 15 min.**
Nueva sesión de análisis **– 15 min.**
Prueba final de evaluación de los conocimientos teóricos**: 5 minutos.**
(si se desea).
Resumen y anuncio de calificaciones **– 10 min. Total: 180 minutos**

Materiales de la clase

PARTE 1. MATERIALES TEÓRICOS

MODELO DE CONSULTA CLÍNICA DE CALGARY-CAMBRIDGE

(adaptado de: Silverman JD, Kurtz SM, Draper J. Skills for Communicating with Patients. 3 . ª ed. Londres: CRC Press, 2013)

Objetivo de la implementación:

- mejorar la experiencia de los pacientes y sus familias,
- aumentar la seguridad de los pacientes,
- fomentar que el personal adopte un enfoque profesional y centrado en el paciente al interactuar con los pacientes y sus familias.

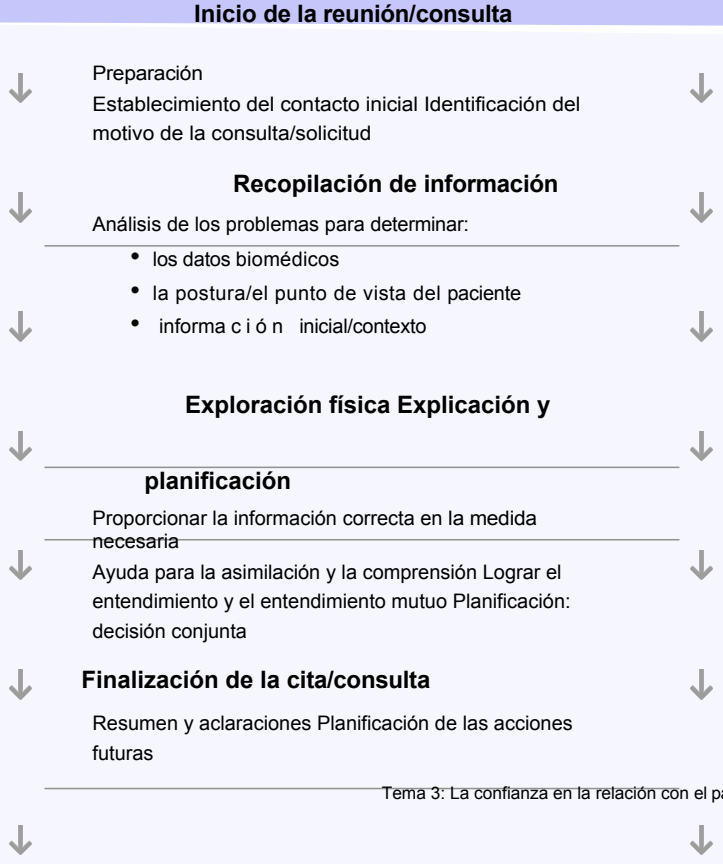


Fig. 6. Estructura de la consulta clínica Calgary-Cambridge

Inicio de la reunión/consulta « »

1. Preparación
2. Establecimiento del contacto inicial
3. Identificación de la causa e e de la consulta/visita

- saludar al paciente y preguntarle su nombre;
- presentarse, explicar su función y el carácter de la entrevista; obtener el consentimiento si es necesario;
- demostrar respeto e interés por el bienestar físico del paciente (eliminar barreras);
- asegurarse de que el paciente está preparado y cómodo;
- determinar el motivo principal de la consulta:

  no utilizamos la palabra «queja»,
  «¿Qué le preocupa o le inquieta?».

- determinar los límites de tiempo;
- Identificar los problemas o las quejas del paciente, o los problemas que el paciente desea resolver, mediante la siguiente pregunta inicial:

  «¿Qué problemas le han traído hoy al hospital (centro de salud/consultorio/clínica)?»
  «¿En qué puedo ayudarle (hoy)?»
  «¿Qué le gustaría tratar hoy?»
  «¿Qué preguntas espera que le respondan hoy?»

- escuchar atentamente la introducción del paciente, sin interrumpirle ni dirigir su relato;
- Confirmar la lista de quejas recibida y pedir que la complete, para recopilar información más completa y establecer prioridades:

  «Así pues, le preocupan el dolor de cabeza y la sensación de cansancio. ¿Algo más?» —repítelo al menos tres veces en el transcurso de 2 minutos.

- Discutir el orden del día teniendo en cuenta las necesidades del paciente y del médico.

Comunicación no verbal

Tres canales de transmisión de información:

- medios verbales (palabras),
- medios sonoros (entonación, timbre, ritmo del habla),
- medios no verbales (mímica, gestos, distancia).

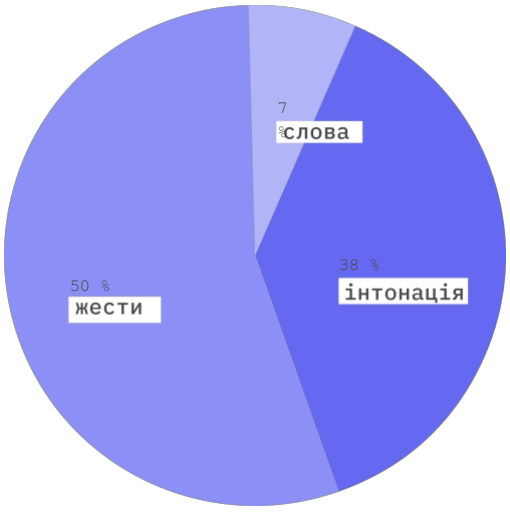


Fig. 7. Medios de comunicación

¿Cómo podemos demostrar nuestro interés de forma no verbal y establecer un contacto productivo?

- establecer contacto visual;
- acercarse al paciente, indicarle dónde puede sentarse y dejar sus pertenencias (gestos abiertos que indiquen, + palabras);
- apartar el teléfono y no distraerse con él;
- inclinar el cuerpo (hacia el paciente);
- dar a entender con la entonación que estamos escuchando atentamente («entendido, claro, continúe»);
- Siempre que sea posible, evitamos las barreras físicas (como una mesa entre el médico y el paciente);
- no conviene permanecer de pie, elevándose por encima del paciente.

Recopilación de información

- Estudio de los problemas del paciente para determinar su historia biopsicosocial:

datos biomédicos, postura/punto de

vista del paciente, información

inicial/contexto

- animar al paciente a contar con sus propias palabras el problema desde el momento en que surgió hasta el presente;

- utilizar preguntas abiertas y cerradas, pasando de las abiertas a las cerradas;

- escuchar con atención, dar al paciente la oportunidad de expresarse hasta el final, sin interrumpirle y dándole tiempo para ordenar sus pensamientos antes de responder a la pregunta, o continuar la respuesta tras una pausa;

- animar al paciente a hablar mediante señales verbales y no verbales, utilizando el ánimo, el silencio, la repetición, la reformulación y la aclaración;

- prestar atención a las señales verbales y no verbales (lenguaje corporal, forma de hablar, expresión facial, estado de ánimo), interpretando su significado;

- aclarar las afirmaciones del paciente que no se entiendan o que requieran explicación:

  «¿Podría explicarme a qué se refiere?»
  «Describa sus mareos»

- Resumir periódicamente lo que se ha escuchado para averiguar si el médico ha entendido correctamente las palabras del paciente, y proponer al paciente que corrija cualquier malentendido o que continúe con su relato *(«Entonces, si he entendido bien, lo que le preocupa es…»)*

- utilizar preguntas y comentarios breves y claros, evitando la jerga y los términos complejos;

- Establecer fechas y la secuencia de los acontecimientos.

Identificar la reacción emocional del paciente ante los síntomas y su contexto personal. La tríada ICE (ideas, preocupaciones, expectativas) **ayuda a explorar y comprender**:

- la postura y las emociones del paciente;
- I – las ideas, percepciones y creencias del paciente sobre la causa del problema;
- C – los miedos y preocupaciones del paciente respecto a cada problema;
- E – Expectativas del paciente: el motivo de la consulta y las expectativas respecto al tratamiento;
- repercusión en la vida: cómo afecta cada problema a la vida del paciente.

Animar al paciente a expresar sus emociones y sentimientos:

«¿Qué sentimientos le provoca esto?»
«¿Cómo afecta esto a su vida?»

Mostrar empatía: expresar emociones, comprensión, respeto y apoyo;

- Recopilar la historia personal, familiar, médica y social.

Habilidad:
preguntas abiertas y comunicación no verbal

- animar al paciente a hablar con sus propias palabras;
- no interrumpir;
- formular preguntas abiertas;
- utilizar el ánimo, el silencio, la repetición («eco»), la reformulación, la precisión y el resumen breve;
- detectar señales verbales y no verbales; utilizar la comunicación no verbal: gestos, lenguaje corporal, mímica, forma de hablar, expresión facial, estado de ánimo.

Habilidad: exploración de las emociones

«¿Qué sientes al respecto? Cuéntame cómo te sientes»
«¿Cómo afecta este dolor de cabeza crónico a su vida?»
«¿Qué los provoca o desencadena?»
«¿Qué es lo que más le preocupa o le da miedo?»

Habilidad: empatía (NURSE – nombre, comprender, respetar, apoyar, explorar)[1]

[1] Más información al respecto en el tema «Empatía», pág. 165

N – name: nombrar la emoción para que el paciente comprenda que le has escuchado;
U – understand: mostrar comprensión;
R – respect: expresar respeto hacia el paciente;
S – support: expresar apoyo;
E – explore: profundizar en las emociones del paciente mediante preguntas.

Comprensión del estado emocional del paciente

Cada emoción tiene una función social determinada. Comprender las emociones de los demás facilita considerablemente la comunicación y permite prevenir conflictos.

Emociones básicas:

la ira: para defender los límites y restablecer la justicia;

tristeza y melancolía: para obtener apoyo y respuesta, y para adaptarse a la ausencia de algo importante que antes existía;

miedo: para poner en práctica un comportamiento evasivo y manifestar una sensación de amenaza;

sorpresa: para demostrar incomprensión, desconcierto, para ganar tiempo con el fin de aclarar y comprender la situación;

interés y entusiasmo: para dar pasos hacia aquello que potencialmente contribuya a la satisfacción;

alegría: para demostrar confianza, un entorno seguro y la intención de acercarse;

repulsión: para señalar que algo es potencialmente «contagioso»;

vergüenza y culpa: reguladores de las normas y reglas sociales.

Existen muchas emociones derivadas (nostalgia, tristeza, irritación, envidia, desprecio…), pero en ellas siempre hay una o más emociones básicas. Cuando comprendemos la emoción del paciente, podemos «leerlo» y demostrar comprensión.

Nuestras tareas:

- no ignorar las emociones ni del paciente ni las propias. Las emociones pueden influir bastante en el paciente, por lo que pueden tomarse decisiones emocionales;
- reflejar las emociones («Veo que está desesperado… veo que está enfadado… ¿entiendo bien que se siente perdido?»);
- la presencia de emociones nos ayuda a comprender, mientras que su ausencia total puede indicar un bloqueo, un shock emocional, un contacto formal que ignora la personalidad de la persona o un deseo de desconectarse.

Estructuración de la consulta

Aportar apertura al diálogo:

- al final de una serie específica de preguntas, resumir para asegurarse de que se ha entendido bien antes de continuar;
- pasar de un bloque de preguntas a otro, comunicándolo y justificándolo.

Seguir una lógica:

- estructurar la conversación en una secuencia lógica;
- controlar el tiempo y ceñirse al tema.

Establecimiento de relaciones

Comportamiento no verbal adecuado:

- contacto visual, expresión facial, postura, posición y movimientos corporales, voz (tono, volumen, entonación);
- leer, tomar notas o utilizar el ordenador de manera que no se entorpezca el diálogo o la interacción.

Lograr la conexión y la confianza:

- aceptar los puntos de vista y los sentimientos del paciente, sin juzgar;
- utilizar la empatía para mostrar comprensión hacia los sentimientos y las dificultades del paciente, y reconocer abiertamente sus opiniones y sentimientos;
- ofrecer apoyo: expresar preocupación, comprensión, disposición a ayudar y proponer colaboración.

Involucrar al paciente:

- compartir opiniones con el paciente para fomentar el diálogo;
- explicar y justificar los métodos de exploración;
- durante la exploración física, pedir permiso y explicar el proceso.

Explicación y planificación

Proporcionar información concreta de forma adecuada:

- proporcionar la información de forma gradual y comprobar constantemente que el paciente la ha entendido correctamente;
- evaluar los conocimientos previos del paciente y averiguar su grado de interés en recibir la información;
- preguntar al paciente qué otra información le resultaría útil (etiología, pronóstico);
- dar explicaciones en el momento adecuado, evitando consejos y conclusiones prematuras.

Ayudar a asimilar y comprender la información:

- estructurar las explicaciones: dividir la información en partes separadas, organizadas en una cadena lógica;
- utilizar indicaciones claras

  «Me gustaría abordar tres cuestiones importantes.»
  «En primer lugar...»
  «Ahora debemos pasar a debatir...»

- utilizar repeticiones y resúmenes;
- ser conciso, utilizar un lenguaje sencillo y comprensible, evitar jerga o términos técnicos, o explicarlos;
- utilizar métodos visuales para transmitir información: diagramas, maquetas, datos escritos e instrucciones;
- comprobar que el paciente ha entendido la información recibida (por ejemplo, pedirle que repita lo que ha oído con sus propias palabras) y, si es necesario, aclarar cualquier duda.

Lograr la comprensión y el entendimiento mutuo:

- dar explicaciones de acuerdo con las ideas, sentimientos y expectativas del paciente previamente aclaradas;
- animar al paciente a colaborar y darle la oportunidad de hacer preguntas y pedir explicaciones o expresar dudas, y proporcionarle las respuestas adecuadas;
- reconocer las señales verbales y no verbales, y reaccionar ante ellas (por ejemplo: el deseo del paciente de recibir información o hacer preguntas, la sobrecarga de información, el cansancio);
- Averiguar y tener en cuenta la actitud, la reacción y los sentimientos del paciente respecto a la información recibida y los términos utilizados.

.

Análisis del comportamiento no verbal del paciente

Preste atención si el paciente empieza a:

- mirar el reloj o el teléfono,
- evitar el contacto visual (aunque antes lo hubiera establecido),
- coge sus cosas y las aprieta contra sí (como una persona en la estación),
- su cuerpo se gira hacia la puerta (aunque puede que su cara siga mirando hacia ti),
- intenta aumentar la distancia,

esto significa que él o ella ya desea poner fin al contacto. Las razones son diversas: falta de tiempo, llega tarde, no se siente comprendido, quiere ir al baño, se siente incómodo, está asustado, no te entiende.

Planificación: tomar una decisión conjunta

- si es necesario, compartir sus opiniones, ideas y dilemas;
- involucrar al paciente haciendo propuestas, en lugar de dar instrucciones;
- animar al paciente a expresar sus opiniones, ideas, sugerencias y preferencias;
- acordar un plan mutuamente aceptable;
- ofrecer opciones: animar al paciente a tomar decisiones en el nivel en el que esté preparado para hacerlo;
- Consultar con el paciente: si está de acuerdo con el plan y si se han tenido en cuenta todos los problemas.

Condiciones para una explicación y una planificación satisfactorias

Discusión de las pruebas y los procedimientos

- proporcionar información precisa sobre los procedimientos: qué puede sentir el paciente y cómo se le informará de los resultados;
- comunicar el objetivo de los procedimientos y su importancia para el tratamiento;
- fomentar el debate sobre posibles temores o resultados negativos.

Discusión del veredicto/diagnóstico y la importancia del problema

- Expresar su opinión y justificar las conclusiones;
- explicar las causas, la gravedad, el pronóstico y las consecuencias a corto y largo plazo;
- Averiguar las opiniones, la reacción y la actitud del paciente respecto a dicha conclusión.

Al elaborar un plan de acción conjunto

- discutir las opciones (por ejemplo, no tomar ninguna medida, someterse a pruebas, recibir tratamiento farmacológico, quirúrgico o no farmacológico), medidas preventivas;
- proporcionar información sobre las medidas o el tratamiento propuestos (cómo funcionan, sus ventajas y los posibles efectos secundarios);
- identificar la percepción y la motivación del paciente, así como las posibles barreras y temores respecto a los planes y métodos de tratamiento;
- aceptar los puntos de vista del paciente y defender un punto de vista alternativo (si es necesario);
- tener en cuenta el estilo de vida del paciente, sus creencias, sus antecedentes culturales y sus posibilidades;
- animar al paciente a participar en la puesta en práctica de los planes, a asumir responsabilidades y a ser autónomo;
- hablar sobre las redes de apoyo para pacientes y otras medidas de apoyo disponibles.

Conclusión de la reunión/consulta

Planificación

- acordar con el paciente los siguientes pasos conjuntos;
- Medidas de seguridad: explicar los posibles resultados inesperados, qué hacer si el plan no funciona, cuándo y cómo buscar ayuda.

Finalización de la consulta

- resumir brevemente la reunión y precisar el plan de tratamiento o de pruebas;
- preguntar por última vez si el paciente está de acuerdo con el plan, si le parece adecuado, preguntarle sobre posibles ajustes, qué otras dudas le han surgido, etc.

Resumen de la parte teórica

El paciente no es una víctima de la enfermedad, sino un colaborador.

El médico propone opciones y el paciente toma la decisión.

La responsabilidad del resultado es compartida (tanto del médico como del paciente).

La capacidad de comunicarse es la base de las habilidades clínicas y el componente más importante de la competencia del médico.

PARTE 2. TAREAS PRÁCTICAS

Ejemplos de casos

Casos A. Fuente: opiniones reales de pacientes sobre el trabajo de los médicos, extraídas de sitios web de clínicas de Ucrania.

Casos B. Fuente: opiniones reales de médicos sobre pacientes procedentes de grupos profesionales cerrados en redes sociales.

Caso 1 A

Estuve bajo su seguimiento durante el embarazo. Como médica es competente, pero como persona es desagradable. Nunca te dice una palabra amable ni te sonríe; es seca y fría. Y si no está de buen humor o es el final del día, sales de la consulta con una sensación totalmente negativa. Además, la enfermera era un poco rara. A veces me negaba a hacerme análisis que consideraba innecesarios, y la doctora reaccionaba con calma, no me daba la razón ni me insistía. Lo mismo con los laboratorios: me hacía los análisis donde quería y no me ponían ninguna pega. No exigía sobornos ni metía mano en el bolsillo. Es uno de esos casos en los que no hay nada de más y todo se hace como debe ser. La valoración es positiva, pero no volvería a registrarme con ella.

Caso 2 A

Encontré del siguiendo las
en Internet. médico recomendaciones
Las había como positivos,
tanto positivas como negativas (me refiero al doctor opiniones
*****).
No puedo decir nada sobre la competencia
la opinión del médico, pero lo que sí puedo decir con
certeza es que
c de es manera su
o ella
con padres e hijos. Intolerancia hacia las acciones
n
a los niños (no entiendo por qué hay que decirle a un
niño
que si sigue gritando
en los recreos en el le le
No nos trataron, aunque seguimos todas las colegio
le pondrán invecciones en la oreja). Luego, extrañas
insinuaciones.
las indicaciones.
que si no había mejorado, entonces seguramente
Decidí para mi misma que ya no estaba dispuesta
estar en la consulta sintiendo repugnancia y
culpabilidad, así que no volveré a acudir a ella.

Caso 3 A

Me traté con esta médica por un diagnóstico
de «polisegmentaria polisegmentari
viral polise segmentaria». Se a
Impresión de que para el médico lo principal no–
no el tratamiento del paciente, si rellenar-
Cómo se tramita la baja por enfermedad y cómo
se (presenta)
echar al o
hospital.
En mi caso, todos estaban
en cuanto a la prescripción de los medicamentos
y no me admitieron en ningún sitio. Me curé
en casa; menos mal que el amigo de mi marido
medic ament y mi marido le pidió consejo
os
médico,

Caso 4 A

El médico ***** solo quería sacarme el dinero. En la consulta no me escuchó en serio, se quedó sentado, jugando con el móvil mientras yo le explicaba mi problema, no me pidió análisis y me recetó directamente un tratamiento de varios miles de hryvnias.

¿Qué habilidades de consulta habría que mejorar?

Caso 1

Mi abuelo tiene 99 años. Su hija llama casi todos los días y cuenta que hoy le duele y le arde algo, y pregunta cuándo se encontrará mejor.

Caso 2

Dos ancianos con neumonía no quieren antibióticos. El argumento : nunca han estado enfermos.

Caso 3 B

Un caso triste sobre el «luz de esperanza», pero quizá instructivo para quienes piensan que los médicos no entienden de nada, o para aquellos que se fían de lo que dice «una tía».

El paciente, mientras esperaba en la cola para hacerse la PCR, se desmaya, cae de lado sobre el asfalto, le prestamos primeros auxilios, recupera el conocimiento, llamo a una ambulancia y le extiendo una derivación urgente para tratamiento hospitalario con el diagnóstico: traumatismo craneoencefálico. Me acerqué a él cinco veces y le expliqué que, aunque se sintiera bien, debía permanecer unos días en el hospital bajo observación y someterse a más pruebas; él respondía: «Bien, bien». Ayer falleció en casa. Después de que la ambulancia se lo llevara, firmó un documento de renuncia en el hospital. Hoy ha venido el investigador para preguntar si nadie le había golpeado allí...

Caso 4 B

93 años, llamada por molestias «muy mal».Endeaproponovaninadomen análisis y ECG rechazados, «necesito un médico, simplemente,paraqueme examineyo».Dobre. En la llamada – de no . La principal queja: sequedad en la boca. Y las quejas: ¿por qué no habláis exactamentelehora,colyaliravosotrosllamada, ¡estamos tan nerviosos!

¿Qué habilidades de asesoramiento convendría aplicar?

Ejemplo de un escenario con grabación en vídeo en el centro de simulación

Usted es médico de consulta externa. Acude a su consulta un paciente que ha solicitado una visita programada para un examen inicial. Solo es necesario realizar una entrevista al paciente, que debe concluir en el momento en que esté listo para pasar a la exploración, informando de ello al paciente. Los resultados de la entrevista deben registrarse por escrito en el formulario propuesto en el ordenador. Desde el inicio de la situación, actúe con total autonomía, tal y como lo haría en la vida real.

Tabla 5.

Lista de verificación del modelo de consulta de Calgary-Cambridge

Acciones del médico	Descripción/Criterios de evaluación	Marca de cumplimiento	Puntuación
Establecimiento del contacto			
Saludo	El médico saluda al paciente		+1
Preocupación por la comodidad del paciente	Le indica dónde puede sentarse y dónde dejar sus cosas		+1
Presentación personal	Dice su nombre		+1
	Dice cuál es su función		+1
	Determina el carácter de la consulta/el objetivo de la reunión/la hora		+1
Acepta responder a las preguntas	Pregunta si hay alguna objeción del paciente para realizar la encuesta		+1
Identificación del paciente	Pregunta el nombre del paciente y su edad (año de nacimiento)		+1
Recopilación de información			
Preguntas abiertas (al principio)	«¿Qué le ha traído aquí?», «¿Qué le gustaría comentar hoy?», «¿Con qué ha venido?»		+1
Inicio del interrogatorio con la frase «¿De qué se queja?»	Uso de preguntas abiertas «¿De qué se queja?»		+0,5

Escuchar sin interrumpir	Muestras no verbales de atención		+1
Resumen	Repite lo dicho por el paciente para confirmar que ha entendido correctamente lo que este dice, invitándole a corregir o completar		+1
Evaluación	Intenta detectar otros problemas (secundarios, ocultos) preguntando «¿Qué más le preocupa?» o «¿Es eso todo lo que le preocupa?»		+1
	Al hacerlo, utiliza el nombre (nombre y apellido) y realiza el cribado antes de empezar a indagar en los detalles		+1
Identificación de las ideas y opiniones del paciente	Pregunta al paciente a qué atribuye su estado, sin ofrecerle opciones de respuesta		+1
Uso de preguntas abiertas	Al recabar información, pregunta sobre algo concreto, por ejemplo «Cuénteme más sobre eso», «¿Cómo lo explicaría/qué podría haber provocado este problema?»		+1
Ofrecer sus propias opciones de respuesta	Al hacer preguntas, propone opciones de respuesta		– 0,5
Serie de preguntas	Formula varias preguntas seguidas		– 1
Establecimiento de una relación durante la comunicación:			
Contacto visual	Al menos la mitad del tiempo durante todo el interrogatorio		+1
Interrupciones	Comentarios inoportunos (replicas), así como frases que no pueden considerarse preguntas aclaratorias o de facilitar el relato del paciente		-1
Dirigirse al paciente	Dirigirse al paciente por su nombre (nombre y apellido)		+1
Comentarios y valoración del comportamiento del paciente	Expresa su opinión sobre la tardanza en acudir, recomienda tranquilizarse, llama la atención sobre lo indeseable de una «reacción similar», etc.		-1

Mantenimiento de las pausas	Cuando el paciente se queda en silencio por un momento, le da la oportunidad de continuar		+1
Postura	Escucha al paciente sin apartar la vista de los registros, de pie, etc.		-1
Empatía	Demuestra comprensión de los sentimientos, temores, problemas, etc.		+1
Facilitación de la respuesta del paciente: escucha activa	Ayuda al paciente mediante el ánimo, la repetición y la reformulación		+1
Resultado de la comunicación	Revela una lista exhaustiva de los problemas del paciente		+1
	Permite formular una hipótesis diagnóstica correcta		+1
	Garantiza la satisfacción del paciente con la entrevista		+1
Preguntas de aclaración	«¿Le queda alguna duda?»		+1
Puntuación obtenida Puntuación máxima: 23 **Puntuación mínima para aprobar: 16 (70 %)**			

Debriefing – Comentarios

4 etapas:

Estudiante: lo que hice bien. Estudiante: lo que podría haber hecho mejor. Profesor: lo que se hizo bien.

Profesor: ¿qué se podría haber hecho mejor?

Preguntas para el diario reflexivo:

¿Me sentí cómodo interpretando el guion durante la clase? ¿En qué debo trabajar para mejorar mis habilidades de asesoramiento y comunicación?

¿Qué caso me impactó más y por qué?

Presentación del tema en el enlace:

bit.ly/3Ik3HLu

Versión completa de la clase en el enlace:

bit.ly/3DoYiiu

TEMA 4

Autonomía del paciente y los límites en las relaciones

TEMA 4. SUJETIVIDAD Y AUTONOMÍA DEL PACIENTE. LÍMITES PROFESIONALES

Con el fin de respetar los límites de los pacientes, los materiales para la clase han sido preparados por:



Sofía Gusak, profesora adjunta del Departamento de Medicina Interna n.º 2 de la Universidad Nacional de Medicina de Ternópil «Iván Gorbachevsky»



Olena Kostyuk, profesora adjunta del Departamento de Neonatología, Universidad Nacional de Salud de Ucrania «Platón Shupyk»



Tetiana Gavrysh, doctora en Derecho, abogada y socia directora del bufete ILF



Alexei Kharitonov, doctor en Derecho, abogado, socio del bufete ILF



Alexei Golovin, abogado sénior, bufete ILF



Marina Kakhnova, asistente de abogado, bufete de abogados ILF



Iryna Movchan, asistente jurídica, bufete ILF



Anastasia Leukhina, presidenta de la ONG «Gorizontali», consultora del proyecto ucraniano-suizo «Desarrollo de la educación médica»

¿POR QUÉ ESTE CAPÍTULO SE DISTINGUE DE LOS DEMÁS EN CUANTO A CONTENIDO Y ESTRUCTURA?

El tema de la subjetividad y los límites resultó ser el más complejo para todos nosotros y nos hizo comprender lo mucho que nos queda por aprender. Aprender para comprender mejor cuestiones que, a primera vista, parecen abstractas, pero que en realidad son muy prácticas, como la responsabilidad en la toma de decisiones, la subjetividad y la autonomía del paciente, las normas y sus excepciones en la intersección entre los ámbitos médico y jurídico. Por eso, este capítulo se diferencia de los demás. Los materiales de este capítulo ayudan a llenar las lagunas en la comprensión de la subjetividad y los límites, así como en las habilidades relacionadas con ellos. Sus fundamentos conceptuales desafían en algunos aspectos las creencias y convicciones tradicionales del enfoque paternalista. Todo ello permite desarrollar una terminología común, comprender la lógica de la construcción correcta de la relación con el paciente y complementar los conocimientos y habilidades sobre el modelo de consulta médica de Calgary-Cambridge (véase el capítulo anterior), preparándonos para el siguiente capítulo sobre la confidencialidad.

Somos conscientes de que la toma de decisiones conjunta y la autonomía no son un fin en sí mismas, sino el camino para construir la confianza y unas relaciones sanas entre el médico y el paciente. Por lo tanto, le invitamos a dar pequeños pasos juntos en este camino.

En este capítulo encontrará respuestas a las siguientes preguntas:

- La toma de decisiones compartida en la práctica médica: ¿para qué y cómo?
- La subjetividad y la autonomía del paciente: ¿qué son y cómo se ponen en práctica?
- ¿Qué hacer si el paciente no quiere tomar una decisión?
- ¿En qué casos puede el médico tomar decisiones por su cuenta?
- ¿Qué son los límites personales? ¿Qué tipos de límites existen?

Agradecemos el asesoramiento de Viktoria Pidvorchanska, asesora del bufete de abogados «Asters», y a Zoryana Skaletska, profesora asociada de la Universidad Nacional «Academia de Kiev-Mohyla».

Objetivos de aprendizaje

Actitudes	Conocimientos	Habilidades
El enfoque centrado en la persona como base de la filosofía de las relaciones con el paciente.	Subjetividad y límites; el paciente como sujeto de la toma de decisiones; toma de decisiones compartida (Shared decision making, SDM); qué son los límites; qué tipos de límites existen.	cómo proporcionar correctamente la información al paciente y determinar para cada uno el nivel de detalle necesario para tomar una decisión compartida; cómo garantizar en la práctica el respeto de los límites, identificar el traspaso o la violación de los límites; cómo establecer los propios límites; qué hacer en caso de violación de los límites.

PARTE 1. MATERIALES TEÓRICOS

Toma de decisiones compartida (Shared decision making, SDM)

En la mayoría de los casos, hoy en día los médicos son la autoridad y los pacientes desempeñan solo un papel pasivo en la prestación de asistencia. Los médicos indican a los pacientes lo que deben hacer, por lo que estos rara vez participan en la toma de decisiones sobre el tratamiento. Sin embargo, este enfoque no es del todo correcto con respecto al paciente y debe mejorarse mediante la transición a un modelo de toma de decisiones compartida. Debe mejorarse mediante la transición a la aplicación de la toma de decisiones compartida.

La toma de decisiones compartida (TDC) es un proceso de debate en el que el médico y el paciente determinan conjuntamente el algoritmo del tratamiento posterior. El profesional sanitario ayuda a elegir la metodología de tratamiento basándose en las preferencias y convicciones del paciente, y contribuye a la toma de la decisión correcta. El principio de la toma de decisiones compartida tiene como objetivo proporcionar una atención médica orientada al paciente concreto. Este principio se compone de tres elementos: (1) opciones de tratamiento claras, precisas y fundamentadas (evidencia), (2) experiencia en su adaptación,

así como (3) las preferencias del propio paciente. Además, la decisión compartida tiene en cuenta factores psicológicos, sociales y emocionales. Estos influyen en los resultados de la discusión.

El logro de estas decisiones conjuntas depende del establecimiento de una estrecha colaboración basada en el entendimiento mutuo entre el médico y el paciente. El objetivo
es que el paciente tome una decisión sobre el tratamiento que refleje los aspectos más importantes para él.

El enfoque de la toma de decisiones compartida (TDC) se basa en el consentimiento informado y la autonomía del paciente. El consentimiento informado se justifica porque los pacientes no pueden tomar decisiones sin comprender todas las ventajas y desventajas de las opciones de tratamiento propuestas. La autonomía implica tener en cuenta los valores y creencias personales del paciente. Esto explica que los riesgos y los beneficios puedan interpretarse de manera diferente. Por lo tanto, en determinadas situaciones, la opinión del médico puede diferir de la decisión final del paciente. En tales casos, el profesional sanitario y el paciente deben llegar a un acuerdo sobre la decisión final. Sin embargo, este último debe o bien comprender y aceptar plenamente la postura del médico, o bien insistir en su propia decisión. **La opinión del paciente debe ser determinante.**

Partiendo de esto, se puede afirmar que los pacientes desempeñan un papel fundamental en el tratamiento. Sin embargo, no siempre desean o están dispuestos a participar en el proceso de toma de decisiones sobre el tratamiento junto con sus médicos. Hay varias razones para ello. En primer lugar, las personas se dividen en dos tipos: algunas son activas y están dispuestas a compartir la responsabilidad, mientras que otras son pasivas y prefieren liberarse de la carga de elegir el tratamiento.

En segundo lugar, el paciente puede sentirse incómodo o carecer de una conexión emocional con el médico. El paciente puede sentir presión por parte del profesional sanitario y no controlar la situación por sí mismo. También puede tener un alto nivel de ansiedad, por lo que preferirá no participar en la toma de decisiones médicas.

En tercer lugar, el paciente también puede verse influido por diversos factores (sexo, edad, nivel educativo, cultura, etc.).

Por otro lado, a menudo se dan situaciones en las que es precisamente el médico quien no está interesado en la toma de decisiones conjunta, debido al tiempo limitado del personal sanitario para cada paciente. Es posible resolver este problema mediante

Mejorar la calidad de la comunicación durante la consulta. Por ejemplo, estructurar la conversación, centrarse en el paciente concreto, formular preguntas de forma activa, expresar inquietudes y objetivos, y prestar atención a los aspectos emocionales. Todo ello mejorará considerablemente la calidad de la conversación y aliviará la presión de los límites de tiempo.

Todo **paciente tiene derecho a acceder a su historial médico**, un derecho consagrado en la legislación. Los médicos, por su parte, tienen la obligación de facilitar dicho acceso. Facilitar el acceso a los historiales médicos mejora la comprensión que tienen los pacientes de su estado de salud. Empiezan a cuidar de sí mismos de forma más activa. Esto también influye positivamente en la relación entre el médico y el paciente, aumenta la confianza, la seguridad y la implicación de estos últimos. Como resultado, aumenta su participación en la toma de decisiones conjunta.

El objetivo de los médicos es ayudar a los pacientes a tomar una decisión que refleje sus valores y preferencias. Los profesionales sanitarios pueden lograrlo animando e involucrando a los pacientes en la toma conjunta de decisiones. Al mismo tiempo, los médicos que comunican datos imprecisos o desconocidos sobre los riesgos y beneficios de una decisión están haciendo un «flaco favor» a los pacientes.

La popularidad mundial de la práctica de la toma de decisiones compartida crece cada año. Algunos países ya la han incorporado a su legislación. En Canadá se ha creado una cátedra de investigación sobre este tema. En Inglaterra se ha creado el programa NHS RightCare, cuyo objetivo es aplicar el principio de «ninguna decisión sobre mí sin mí». Algunos países europeos, en particular Francia, han aprobado leyes relativas a
«democracia de la salud». Además, cada dos años se celebra la Conferencia Internacional sobre Toma de Decisiones Compartida (ISDM), y el Seminario Global de Salzburgo ha organizado una serie de sesiones sobre la participación de los pacientes en la toma de decisiones.

Los pacientes que participan de forma efectiva en la toma de decisiones se arrepienten mucho menos posteriormente del método de tratamiento elegido, se comunican con mayor franqueza con sus médicos, conocen mejor su estado de salud y, en general, obtienen una mayor satisfacción del tratamiento. Además, la toma de decisiones compartida establece una relación sólida entre el paciente y el médico. Además, la toma de decisiones conjunta garantiza el consentimiento del paciente para un tratamiento concreto y protege al médico de posibles quejas y/o demandas judiciales en el futuro. Son precisamente estas relaciones las que hacen posible la toma de decisiones conjunta.

SUBJETIVIDAD Y LÍMITES

La vida humana es el valor más importante. En la labor del médico, la vida del paciente desempeña un papel fundamental, ya que el médico trata a la persona, al individuo, y no a su cuerpo. La Convención sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina (Estrasburgo, 2005) y la Declaración de Edimburgo de la Federación Mundial de Educación Médica son algunos de los documentos más importantes en relación con estas cuestiones. Otorgan a los pacientes el derecho a participar en el proceso de diagnóstico y tratamiento, así como la posibilidad de encontrar en el médico a un oyente atento, un observador minucioso y un clínico eficaz. Esto explica el deseo y el anhelo de los pacientes de mantener un diálogo abierto con los médicos. **Por lo tanto, es necesario considerar al paciente como un sujeto de las relaciones médicas, capaz de influir en lo que le sucede, y no como un objeto que es tratado por profesionales sanitarios competentes.**

La comunicación y la interacción ayudan a lograr la satisfacción tanto del paciente como del profesional sanitario con el proceso terapéutico. Sin embargo, en ocasiones la relación médico-paciente puede traspasar los límites permitidos.

Los psiquiatras estadounidenses Carol Nadelson y Glen Hubbard definen los límites profesionales como ciertos límites en las relaciones en las que una persona confía su bienestar a otra. El mantenimiento de tales límites entre el profesional sanitario y el paciente es un tema de gran actualidad en nuestros días. Se trata de un elemento central de la práctica médica adecuada y de la atención adecuada a los pacientes. En la base de dicha práctica se encuentra el principio **de que el médico está obligado a actuar exclusivamente con el fin de satisfacer las necesidades de los pacientes,** quienes siempre esperan comprensión, compasión y decencia por parte del médico.

Hoy en día, la práctica médica ha cambiado y cada vez son más frecuentes las relaciones informales entre el médico y el paciente. Esto puede dar lugar a que el paciente malinterprete las acciones del profesional sanitario. Además, se plantea la cuestión del respeto de los límites profesionales. Su violación puede provocar una disminución de la confianza del paciente en el médico, así como causar traumas psicológicos al paciente, lo cual es poco ético y poco profesional por parte del profesional sanitario. La causa más frecuente de esto es una percepción emocional errónea por parte del paciente de las acciones del médico. Asimismo, la violación de los límites puede dar lugar a conflictos de intereses económicos entre las partes o a daños físicos.

El Código de Conducta Médica de Australia establece que las principales responsabilidades de los profesionales sanitarios son el cuidado de los pacientes y la prestación de una atención médica segura y eficaz

. El médico debe actuar siempre dentro de los límites éticos. La práctica médica implica también abordar cuestiones personales y confidenciales relacionadas con la esfera íntima del paciente, así como realizar exploraciones de diversa índole que pueden traspasar los límites corporales (físicos) del paciente. Los profesionales más vulnerables a la violación de los límites profesionales son los especialistas en psiquiatría y ginecología. No obstante, dichos límites deben respetarse siempre. El Consejo Médico General (GMC), organismo estatal del Reino Unido, ha establecido que los médicos no deben mantener relaciones sexuales ni relaciones de intimidad emocional con los pacientes.

Para minimizar el riesgo de traspasar los límites, el médico debe seguir ciertas reglas. Concretamente: actuar únicamente en beneficio del paciente, no infringir la ética profesional y controlar sus emociones. A veces, es precisamente el estado emocional del personal médico lo que provoca el traspaso de los límites profesionales. Además, el paciente también debe respetar las normas de relación con el médico y respetar sus límites personales. Se consideran inaceptables las inquietudes del médico sobre cuestiones que no estén relacionadas con el estado de salud, las citas fuera del lugar de trabajo del profesional sanitario, diversas propuestas indecentes, etc.

«El paciente es dueño de su cuerpo»: ¿qué es la subjetividad?

y qué significa para la práctica médica

Todo ciudadano de Ucrania tiene el derecho constitucional a la protección de la salud.

Al acudir a un centro sanitario, este derecho inalienable e inviolable pasa de ser objetivo a subjetivo, y la persona adquiere la condición de paciente.

El paciente, a su vez, debe ser considerado no como un objeto que necesita tratamiento, sino como un sujeto que tiene derechos y obligaciones en relación con su salud. La interacción entre el profesional sanitario y el paciente debe basarse precisamente en los derechos de este último.

La lista de dichos derechos viene definida en los Fundamentos de la legislación de Ucrania sobre la protección de la salud. Algunos de ellos son:

El derecho a elegir libremente al médico y los métodos de tratamiento

El paciente puede elegir personalmente al médico que le atienda, o bien este será designado por el director del hospital. No obstante, en cualquier caso, el paciente conserva la posibilidad de cambiar de profesional sanitario si así lo desea. Este derecho le permite elegir por sí mismo al especialista en el que confía. En cuanto a los métodos de tratamiento, el paciente tiene derecho a estar informado al respecto. La decisión debe tomarse conjuntamente con el médico, pero la última palabra la tiene el paciente. Al mismo tiempo, el médico sigue siendo responsable de la toma de dicha decisión. La responsabilidad de la decisión conjunta se repartirá entre el profesional sanitario y el paciente. Este derecho lo ejercen las personas que hayan cumplido los 14 años de edad.

Derecho a recibir información veraz y completa sobre su estado de salud

El médico debe facilitar al paciente mayor de edad toda la información relativa a su estado de salud, la idoneidad de los métodos de tratamiento, así como la existencia de todos los posibles riesgos para la vida y la salud. Dicha información puede restringirse en caso de que su divulgación pueda provocar un empeoramiento del estado de salud del paciente o perjudicar el proceso de tratamiento. El acceso a la documentación médica relativa a su estado de salud es un componente importante para la posterior toma de decisiones sobre el tratamiento.

Aquí volvemos de nuevo al consentimiento informado del paciente. Además, el paciente también tiene:

- el derecho al consentimiento informado sobre la aplicación de métodos de diagnóstico, prevención y tratamiento, así como el derecho a rechazar el tratamiento;
- el derecho a la confidencialidad sobre su estado de salud, sobre el hecho de haber solicitado asistencia médica, el diagnóstico, así como sobre la información obtenida durante su examen médico;
- derecho a permitir el acceso al paciente a otros profesionales sanitarios, familiares y otras personas;
- el derecho a ser derivado para recibir tratamiento en el extranjero;

- el derecho a la indemnización por los daños causados a la salud;
- la posibilidad de realizar un peritaje médico independiente;
- el derecho a recurrir contra las decisiones y actuaciones indebidas de los trabajadores, centros y organismos sanitarios.

Sin embargo, junto con los derechos, el paciente tiene ciertas obligaciones en relación con su salud. Entre ellas se incluyen, en particular: cuidar de su salud y de la de sus hijos; no causar daño a la salud de otros ciudadanos; someterse a revisiones médicas preventivas y vacunarse a tiempo, etc.

Además, los pacientes están obligados a cumplir las prescripciones médicas del médico y a respetar las normas de régimen interno del hospital. El profesional sanitario no será responsable de la salud del paciente en caso de que este no siga la metodología de tratamiento acordada o se niegue a seguirla. Cabe señalar que solo una persona con plena capacidad civil, es decir, una persona que es consciente del significado de sus actos y puede controlarlos, puede rechazar el tratamiento.

En definitiva, queremos destacar que **el paciente es un sujeto de las relaciones jurídicas médicas al mismo nivel que el médico.** En ningún caso es un objeto al que simplemente hay que tratar. A pesar de que el paciente no es un profesional de la medicina, hay que tratarlo con respeto y tener en cuenta su opinión. Al fin y al cabo, es el paciente quien es «dueño de su cuerpo».

CÓMO PROPORCIONAR CORRECTAMENTE INFORMACIÓN AL PACIENTE Y DETERMINAR EL NIVEL DE DETALLE NECESARIO PARA QUE CADA UNO/A PUEDA TOMAR UNA DECISIÓN CONJUNTA

El **modelo de consulta médica de Calgary-Cambridge,** considerado hoy en día como el referente de la conversación clínica entre el médico y el paciente, prevé el establecimiento de un diálogo fluido entre ambos, en el que se explique al paciente la naturaleza de su enfermedad de una forma que le resulte comprensible. La base de una comunicación eficaz entre el paciente y el médico es que este último proporcione información completa y veraz sobre el estado de salud del paciente. Depende de hasta qué punto el médico consiga explicar de forma comprensible a la persona que necesita

asistencia médica, su diagnóstico, el plan de exploración, el pronóstico de la posible evolución de la enfermedad, etc., depende la eficacia del proceso de tratamiento.

La legislación de Ucrania establece que el paciente que haya cumplido 18 años tiene derecho a recibir información veraz y completa sobre su estado de salud, incluido el acceso a los documentos médicos pertinentes relativos a su salud.

Durante la fase de explicación y planificación del tratamiento, el profesional sanitario debe dosificar la información y comprobar periódicamente que el paciente la ha comprendido, además de responder a las preguntas de aclaración que este pueda plantear. **La exhaustividad de la información recibida por el paciente influye directamente en el correcto cumplimiento de las recomendaciones del médico.** Por ello, es importante que el especialista explique detalladamente la etiología (causas y condiciones de aparición) de la enfermedad del paciente, los pormenores de las pruebas y el tratamiento prescritos, los efectos secundarios de los medicamentos recetados y su mecanismo de acción.

La relación de colaboración entre el médico y el paciente implica que este reciba información veraz sobre su estado de salud. En la legislación nacional existen excepciones a esta regla. Por ejemplo, si la información sobre la enfermedad del paciente puede empeorar su estado de salud o perjudicar el proceso de tratamiento, los profesionales sanitarios tienen derecho a proporcionarle información incompleta, dejando a la persona la esperanza de prolongar su vida y de un posible resultado satisfactorio del tratamiento. Cabe destacar que estas disposiciones legislativas están obsoletas, ya que si **el paciente es el sujeto de la toma de decisiones, es él o ella, y no otra persona en su nombre, quien debe decidir qué información y con qué detalle desea conocer.**

Las normas internacionales que consagran el derecho del paciente a recibir información completa y veraz ilustran claramente la aplicación del principio «primum non nocere» («¡no hacer daño!»). Así, por ejemplo, el Convenio para la Protección de los Derechos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina de 1997 establece que toda persona tiene derecho a conocer cualquier información relativa a su salud. Sin embargo, también debe respetarse el deseo de las personas de no recibir dicha información. En casos excepcionales, en interés de los pacientes, el ejercicio de los derechos mencionados puede verse limitado por la ley.

Para el médico, también debe ser prioritario comunicar al paciente la información sobre su estado de salud de una forma accesible. El nivel de detalle de la información que se comunica al paciente puede depender de una serie de criterios, tales como:

la edad del paciente, su nivel de desarrollo y sus capacidades intelectuales, etc. Los protocolos de tratamiento vigentes en la actualidad, así como los requisitos relativos a los métodos diagnósticos, terapéuticos, preventivos y de rehabilitación, resultan incomprensibles para el ciudadano medio. Esto, a su vez, significa que, al comunicarse con el paciente, el médico debe utilizar un lenguaje sencillo y comprensible, evitar el uso de términos médicos complejos o, en caso de utilizarlos, explicar dichos términos al paciente.

La normativa vigente en materia de salud establece **la obligación del personal sanitario de proporcionar al paciente, de forma comprensible, información sobre su estado de salud, el objetivo de las pruebas y los tratamientos propuestos,** así como **el pronóstico de la posible evolución de la enfermedad,** incluyendo los riesgos para la vida y la salud**.** La Carta Europea de los Derechos de los Pacientes de 2002 establece el derecho del paciente a recibir información que le ayude a participar activamente en la toma de decisiones sobre su salud. Del mismo modo, en el Documento de Posición: las enfermeras y los derechos humanos, del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) (1998), se establece que los profesionales sanitarios están obligados a garantizar que el paciente reciba la información pertinente en un lenguaje que le resulte comprensible antes de que el paciente dé su consentimiento para cualquier tratamiento o examen, incluida la participación en investigaciones científicas.

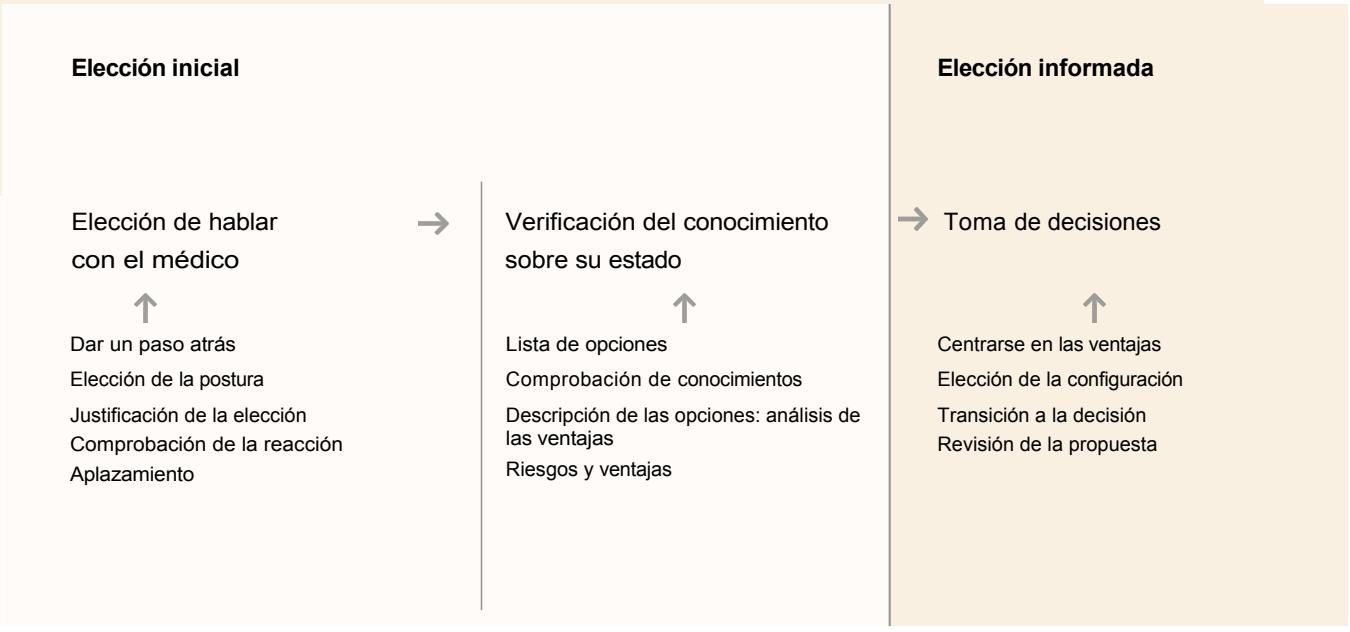


Fig. 8. Estructura del modelo de toma de decisiones compartida

La comunicación adecuada y correcta de la información al paciente, teniendo en cuenta sus características individuales, es determinante para establecer una interacción eficaz entre el médico y el paciente, para que el médico preste servicios médicos de calidad y para alcanzar el objetivo final del proceso terapéutico: la recuperación del paciente.

La estructura del modelo de toma de decisiones compartida (TDC) se articula en tres etapas:
(1) presentación de las opciones; (2) descripción de las posibles alternativas, a menudo mediante la integración del apoyo recibido; (3) ayuda a los pacientes para que evalúen las ventajas y tomen decisiones.

El paciente como sujeto de la toma de decisiones

El enfoque centrado en el paciente como forma de prestar asistencia médica implica el respeto y la confianza del profesional sanitario en las decisiones que toma el paciente. La persona que acude en busca de asistencia médica, según este enfoque, debe sentirse libre y autónoma a la hora de elegir el centro sanitario, el médico, los métodos de tratamiento, etc. Gracias a que el paciente se convierte en sujeto de la toma de decisiones, él o ella se siente, en el proceso de tratamiento, en pie de igualdad con el médico profesional. Esto, a su vez, favorecerá una mayor participación del paciente en la recuperación y un efecto terapéutico positivo.

La legislación vigente de Ucrania en materia de salud establece que el paciente tiene derecho, cuando su estado lo justifique, a ser admitido en cualquier centro sanitario. Es el propio paciente quien decide en qué centro desea recibir asistencia médica (siempre que dicho centro pueda garantizar el tratamiento adecuado). Esto significa que la persona que necesita asistencia médica, teniendo en cuenta su estado de salud, su situación económica, la ubicación del centro sanitario y otros criterios, decide: acudir a un centro sanitario público o privado, acudir al hospital de su lugar de residencia o, siguiendo el consejo de amigos, elegir un centro sanitario en otra zona de la ciudad, pero con especialistas más experimentados. En el contexto de la reforma sanitaria, esto también significa que el paciente, como sujeto de la toma de decisiones, probablemente se orientará hacia un centro de salud que tenga un contrato firmado con el Servicio Nacional de Salud de Ucrania, lo que en el futuro (según el Programa de Garantías Médicas) le permitirá recibir determinados servicios médicos de forma gratuita.

La decisión del paciente sobre la elección del médico es una de las más importantes, ya que es precisamente el nivel de profesionalidad del médico elegido por el paciente y el nivel de confianza entre el médico y el paciente lo que determina si el tratamiento será satisfactorio y eficaz. En la actualidad, en nuestro país, todo paciente que haya cumplido catorce años y que haya solicitado asistencia médica tiene derecho a elegir libremente a su médico, siempre que este pueda ofrecer sus servicios, así como a elegir los métodos de tratamiento de acuerdo con las necesidades del paciente.

El documento que acredita que el paciente ha elegido libremente a su médico es la declaración de elección del médico que presta la atención primaria. Es importante destacar que el paciente puede decidir por sí mismo cambiar de médico, lo que le permite recibir asistencia médica de un especialista en quien confía. Esta disposición legislativa se ajusta plenamente a las normas internacionales en materia de salud. Se trata, ante todo, de los actos denominados «soft law», que, aunque no tienen carácter vinculante, se cumplen en virtud de su autoridad. Por ejemplo, la Declaración de Lisboa sobre los derechos de los pacientes de 1981 y los Doce principios para la prestación de asistencia médica en cualquier sistema de salud de 1983 prevén el derecho del paciente a decidir libremente sobre su médico.

La participación activa del paciente no es posible sin su autonomía a la hora de tomar decisiones sobre procedimientos e intervenciones médicas. La transformación de la percepción sobre el consentimiento informado del paciente es actualmente un tema de gran relevancia para la sociedad ucraniana (tanto para los pacientes como para los médicos). En la actualidad, de facto, dicho consentimiento del paciente se percibe como un «papel» gracias al cual el paciente podrá «castigar», en su caso, al médico, y este último podrá protegerse de los ataques de los pacientes.

Sin embargo, en esencia, el consentimiento informado no es simplemente un papel con la firma del paciente. Debe percibirse como un proceso activo en el que el profesional sanitario informa al paciente sobre los riesgos, las ventajas y las alternativas de un determinado procedimiento médico o intervención, y el paciente, gracias a esta información, toma una decisión.

La jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos establece **los** siguientes **criterios, cuyo cumplimiento hace que el consentimiento informado sea válido: información** (toma de la decisión de someterse o no a una intervención médica sobre la base de la información médica recibida del médico), **voluntariedad** (toma de la decisión sin influencia de factores externos ni presión sobre el paciente), **competencia** (toma de la decisión una vez alcanzada la edad adecuada).

Es importante que el paciente tome dicha decisión de forma consciente, lo que se ajustará a los estándares mundiales en el ámbito de la salud. Las disposiciones del Convenio para la Protección de los Derechos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a la Aplicación de la Biología y la Medicina de 1997, la Declaración de Lisboa sobre los Derechos de los Pacientes de 1981, la Declaración sobre la política en materia de derechos de los pacientes en Europa de 1994, subrayan la importancia de que el paciente adopte un enfoque consciente a la hora de dar su consentimiento para el tratamiento o la intervención médica tras haber recibido información adecuada sobre su salud.

Teniendo en cuenta el rápido avance del progreso científico y técnico, aumenta el número de pacientes que deciden participar en investigaciones científicas o desarrollos experimentales. La legislación vigente en Ucrania establece que un médico solo puede combinar la investigación con la prestación de asistencia médica en los casos en que la investigación tenga una finalidad preventiva, diagnóstica o terapéutica. El paciente puede decidir participar en un experimento si este tiene como objetivo mejorar su salud y siempre que se le garanticen todas las medidas de seguridad necesarias. Los instrumentos internacionales, en particular el Convenio para la Protección de los Derechos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina de 1997, establecen que la decisión del paciente de participar en investigaciones científicas debe quedar consignada por escrito (consentimiento informado y voluntario).

La autonomía del paciente en la toma de decisiones durante el proceso terapéutico permite construir un modelo liberal de relación entre el paciente y el médico. En este modelo, el médico está obligado a proporcionar al paciente toda la información esencial relativa a la enfermedad y a informarle sobre los métodos de tratamiento alternativos; sin embargo, la última palabra sobre el algoritmo de actuación corresponde al paciente.

¿Cómo puede el paciente tomar decisiones sobre su salud si no tiene formación especializada?

Gracias a que el paciente recibe del médico información completa y veraz sobre su estado de salud en un formato accesible, adquiere la capacidad de tomar decisiones (la denominada «competencia del paciente»). La competencia del paciente significa la capacidad de este, a falta de formación médica especializada, para comprender la información que se le proporciona sobre su estado de salud y tomar decisiones autónomas de acuerdo con el objetivo del tratamiento.

Lo que resultará decisivo para la capacidad del paciente de tomar decisiones no será el dominio de la terminología médica más reciente ni sus conocimientos, sino la comprensión (gracias a las explicaciones del médico) de los procesos fundamentales que tienen lugar en su organismo, la naturaleza de su enfermedad, las características y la esencia de los métodos de diagnóstico y tratamiento, etc. El paciente debe tener la capacidad de manifestar su voluntad para tomar decisiones sobre su salud y asumir la responsabilidad de su elección. Según la legislación ucraniana, las personas que padecen trastornos mentales crónicos o persistentes no son capaces de comprender el significado de sus actos y/o controlarlos (personas incapacitadas), los pacientes menores de 14 años (pacientes menores de edad) no son competentes para tomar decisiones sobre su estado de salud y, por lo tanto, dichas decisiones las toman los representantes legales de dichas personas (por ejemplo, los padres o tutores).

Sigue siendo objeto de debate la cuestión de la capacidad de los pacientes menores de edad (de 14 a 18 años) para tomar decisiones sobre su salud, ya que la legislación presenta numerosas contradicciones al respecto. Las disposiciones de algunos actos normativos establecen que la prestación de asistencia médica a un paciente que haya cumplido catorce años se lleva a cabo con su consentimiento. Al mismo tiempo, el análisis de otros actos legislativos indica que solo los pacientes que hayan cumplido 18 años pueden rechazar el tratamiento. Solo el paciente que haya cumplido 18 años tiene derecho a recibir información veraz y completa sobre su estado de salud, incluido el acceso a la documentación médica pertinente. Teniendo en cuenta que el paciente no puede tomar una decisión sin recibir información completa y veraz del médico sobre su estado de salud, el menor no tiene la posibilidad de decidir por sí mismo, sin la participación de sus representantes legales (los padres, por ejemplo), sobre el consentimiento o la negativa a la intervención médica.

Los médicos a menudo no explican a los pacientes todos los detalles del tratamiento, ya sea por falta de tiempo (el tiempo limitado de la consulta ambulatoria) o porque consideran que esta información es superflua para el paciente. En tales condiciones, la toma de una decisión ponderada y fundamentada por parte del paciente se complica considerablemente o se vuelve imposible. Además, aquí se aplica la regla de oro: cuanto menos se informe al paciente antes de tomar una decisión sobre su salud, más reclamaciones y acusaciones cabe esperar en el futuro.

Caso: «No se explicó» por valor de 43 000 euros

En el asunto del Tribunal Europeo de Derechos Humanos «V.C. (V.C.) contra Eslovaquia», se constató una violación, entre otros, del derecho al respeto de la vida privada y familiar de la demandante, y se condenó al Estado a pagarle una indemnización por un importe total de 43 000 euros. Según las circunstancias del caso, la demandante, de origen romaní, fue ingresada en el hospital de Prešov para dar a luz. Posteriormente, el personal le informó de que, si daba a luz a otro hijo, ella o el niño morirían. La demandante dijo a los médicos: «Hagan lo que quieran». A continuación, se le propuso firmar la ficha de parto con una anotación sobre la exigencia de esterilización (la demandante no entendía el significado del término «esterilización» y firmó la ficha por temor a consecuencias fatales). El tribunal constató una infracción por parte de los médicos, ya que no se proporcionó a la demandante información, en particular sobre los métodos de protección de su salud reproductiva, ni información sobre la naturaleza, las características y las consecuencias de la esterilización. En consecuencia, se vulneró el derecho de la paciente a la autonomía y a la elección.

El conocimiento por parte del paciente de la naturaleza de la enfermedad, los riesgos de rechazar el tratamiento, los objetivos y el contenido de los procedimientos y manipulaciones médicas que se llevarán a cabo durante el tratamiento es la garantía de que el paciente tome una decisión consciente y autónoma (a falta de formación médica especializada), lo que a su vez minimiza los riesgos de reclamaciones y quejas por parte del paciente y contribuye a erradicar el anticuado enfoque paternalista en la relación médico-paciente.

Si el paciente no desea tomar una decisión y pide al médico que lo haga por él, ¿cómo se debe actuar correctamente?

El principio de autonomía del paciente consiste, ante todo, en el reconocimiento de sus derechos legítimos y de su capacidad para ejercer su elección personal y tomar decisiones sobre su salud. Sin embargo, en la práctica son frecuentes los casos en los que el paciente intenta trasladar la responsabilidad de la toma de decisiones al médico. El paciente o su representante legal piden al médico que tome él mismo una decisión importante, alegando que ellos no saben nada y no se atreven a decidir nada. Esto ocurre con especial frecuencia cuando los pacientes están desconcertados debido a una gran tensión emocional.

Pueden decir: «No sé qué hacer», «No entiendo nada». El paciente parece adoptar la postura de un niño, al tiempo que desea ver en el profesional médico a un padre que lo decida todo por él o ella. En un momento dado, el especialista, sin darse cuenta, toma una decisión que no debería tomar. Además, para él es más fácil, ya que acelera el proceso. Más tarde, ese mismo paciente puede acudir al médico acusándole de todo:
«¡Pero si usted me dijo que así sería mejor!», «¡Pero si usted me lo prometió!».

La legislación nacional en materia de salud establece **que un médico puede tomar una decisión en lugar del paciente únicamente cuando existan indicios de una amenaza directa para la vida del paciente**, **siempre que, por razones objetivas, sea imposible obtener el consentimiento para dicha intervención** por parte del propio paciente o de sus representantes legales. Aunque la ley no contiene una lista claramente definida de tales situaciones de peligro, el criterio determinante en tal caso será el peligro real (y no el posible) para la vida de la persona (por ejemplo, hemorragia, asfixia, etc.). En caso de existir tal peligro, el médico puede decidir por sí mismo los medios con los que se eliminará dicho peligro (intervención quirúrgica, transfusión de sangre, etc.).

La regulación legal de la posibilidad de que un médico decida en nombre del paciente en situaciones de peligro inmediato para la vida de este (en caso de extrema necesidad) se ajusta a la práctica internacional. Por ejemplo, en el Convenio sobre la protección de los derechos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina de 1997 se establece que, en caso de que, debido a una situación de emergencia, el paciente no pueda tomar una decisión sobre la intervención médica (el paciente no puede dar su consentimiento informado y voluntario para dicha intervención), cualquier intervención necesaria desde el punto de vista médico podrá llevarse a cabo de inmediato en interés de la salud del paciente en cuestión. Si en el momento de la intervención el paciente se encuentra en un estado en el que no puede expresar sus deseos, se tendrán en cuenta los deseos respecto a la intervención médica que haya expresado anteriormente. Esta Convención fue firmada, pero, lamentablemente, no ratificada por Ucrania; no tiene carácter vinculante, pero se aplica voluntariamente por los Estados (que no son partes en ella) en virtud de su autoridad.

En todos los demás casos, cuando no exista una amenaza directa para la vida del paciente, el médico debe ser consciente de que la otra parte (el paciente) es un sujeto de pleno derecho. Las decisiones que afecten a su vida y su salud deben ser tomadas por él o ella mismo o, si esto no es posible, deben asumir dicha responsabilidad los representantes legales del paciente que sean capaces de tomar decisiones.

En la fase de información, es necesario ayudar al paciente a participar en el proceso de elección de la estrategia terapéutica y de las medidas posteriores. Es importante averiguar qué sabe ya el paciente, qué es necesario explicarle y qué información añadir. Durante el proceso de reflexión sobre la información proporcionada, el médico debe apoyar al paciente, ya que algunas personas se sienten inseguras sobre qué método de tratamiento o tipo de intervención médica resultará mejor para ellas.

Si el médico observa que el paciente no se atreve a tomar una decisión compleja, debe intentar incluirlo en el propio proceso de toma de dicha decisión. Por ejemplo, el médico puede preguntar: «¿Qué le parece lo que hemos discutido?», «¿Tiene alguna opinión al respecto? Por favor, compártelas, ¡son muy importantes!». Si hay tiempo para reflexionar sobre la información, se le puede decir al paciente: «Hagamos una pequeña pausa», «Si necesita información adicional, se la proporcionaré. Pero la decisión, por supuesto, es suya».

De este modo, el médico siempre trasladará la responsabilidad al paciente. **Hay que recordar que la tarea principal del médico es proporcionar información y aconsejar cuál de los métodos de tratamiento propuestos (alternativos) es el más adecuado en cada caso concreto. Sin embargo, la decisión sobre el tratamiento posterior debe recaer exclusivamente en el paciente o en su representante legal.**

Cómo obtener un consentimiento informado auténtico, y no solo un papel «por cumplir con el trámite»

La firma personal del paciente en el consentimiento informado voluntario no garantiza por sí sola que el paciente esté realmente informado sobre su estado de salud, el objetivo de los exámenes y medidas terapéuticas propuestos, el pronóstico de la posible evolución de la enfermedad, incluida la existencia de riesgos para la vida y la salud.

Lamentablemente, la práctica judicial actual aplica un enfoque formalista respecto al consentimiento informado y voluntario del paciente. En particular, incluso si los médicos no han cumplido en realidad con el estándar sobre qué información debe

incluirse en la conversación que conduce al consentimiento informado del paciente (es decir, no proporcionaron al paciente toda la información sobre la naturaleza de la enfermedad, la esencia de las medidas médicas y las posibles consecuencias adversas), pero si dicho consentimiento del paciente lleva la firma de este, se considera que el paciente ha sido informado. Los tribunales constatan la infracción por parte de los médicos únicamente en aquellos casos en los que no existe en absoluto un consentimiento informado por escrito.

Un análisis comparativo del formulario de consentimiento informado y voluntario del paciente, aprobado por orden del Ministerio de Sanidad, con los que firman los pacientes en los países europeos, permite detectar numerosas deficiencias en el formulario nacional de consentimiento informado y voluntario. En concreto, en ella falta la confirmación por parte del paciente de que, antes de recibir los servicios médicos, ha facilitado al médico toda la información sobre las enfermedades que ha padecido anteriormente; falta la confirmación de que el paciente está de acuerdo con la elección del profesional sanitario; y no se mencionan posibles métodos de tratamiento alternativos razonables. En el formulario ucraniano vigente de consentimiento informado y voluntario del paciente no figura la confirmación por parte del paciente de la elección **consciente** del centro sanitario, el consentimiento **consciente** para la elección de un médico concreto y las medidas de diagnóstico y tratamiento propuestas.

De conformidad con los instrumentos internacionales (Carta Europea de los Derechos de los Pacientes, Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, Declaración de Lisboa sobre los Derechos del Paciente), que no tienen carácter vinculante, pero que son aplicados voluntariamente por los Estados, en virtud de la autoridad de dichos instrumentos, la realización de cualquier intervención médica debe tener lugar únicamente con el consentimiento previo, libre e informado del paciente en cuestión**, basado en la información que este haya recibido debidamente.** El Convenio para la Protección de los Derechos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a la Aplicación de la Biología y la Medicina establece que cualquier intervención en el ámbito de la salud solo puede llevarse a cabo tras el consentimiento libre y consciente de la persona en cuestión. **Se proporciona a la persona, con antelación, la información pertinente sobre el objetivo y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus consecuencias y riesgos.**

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha subrayado en repetidas ocasiones que dicho consentimiento debe ser **consciente.** Por ejemplo, en el asunto del TEDH «Glass contra el Reino Unido» se constató una violación del derecho al respeto de la vida familiar y privada (artículo 8 del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales), dado que no existía **un consentimiento libre, claro y consciente** de la madre para la administración de diamorfina a su hijo, que padecía graves discapacidades mentales y físicas (es decir, aunque la madre firmó

consentimiento informado; sin embargo, no se le proporcionó la información suficiente para que pudiera dar su consentimiento de forma consciente a la administración de diamorfina a su hijo).

En las resoluciones de los tribunales ucranianos se han constatado en repetidas ocasiones incumplimientos por parte de los médicos, dada la falta de consentimiento de los pacientes por escrito. Por ejemplo, en la sentencia de uno de los tribunales se constató que, al realizar pruebas de tuberculina a los alumnos de la escuela secundaria de Mizyakivsko-Khutirsk, no se avisó a los padres, no se obtuvo su consentimiento para ello y no se les informó de las posibles consecuencias, riesgos, etc. En otro caso, se constató una infracción por parte de los médicos debido a la falta de consentimiento informado y voluntario del paciente para la intervención médica y a la falta de acuerdo con el paciente **sobre el alcance de las actuaciones médicas que se llevaron a cabo efectivamente.**

El consentimiento informado auténtico —el verdadero— solo lo otorga el paciente tras haber discutido con el médico todos los aspectos y matices del proceso terapéutico. Solo en estas condiciones se considerará que el paciente está realmente informado, y el médico podrá protegerse de quejas infundadas por parte de los pacientes en relación con la falta de explicación por parte del médico de la información sobre su estado de salud y el tratamiento posterior.

Por qué es importante para nosotros avanzar hacia la transferencia de una mayor responsabilidad en la toma de decisiones a los pacientes y cómo hacerlo

Cada vez es más frecuente entre los médicos la opinión de que el paciente debe asumir la misma responsabilidad en la toma de decisiones que el médico (y a veces incluso mayor). El argumento principal de esta opinión es que es el propio paciente quien es consciente de la necesidad de recibir asistencia médica, es él o ella quien decide si acudir al médico o automedicarse. Es el paciente quien elige si seguir el tratamiento prescrito o no.

La cuestión del reparto de la responsabilidad por la decisión tomada se sitúa en el ámbito de los modelos existentes de relación entre médico y paciente.

El primer modelo de relación entre médico y paciente: con reparto de roles «médico directivo» y «paciente subordinado». En este modelo, el protagonista, que cuenta con los conocimientos científicos suficientes para prestar una asistencia médica de calidad

, es, sin duda, el médico. Este modelo es popular porque, desde siempre, se ha atribuido al médico una posición dominante. Con esta distribución de roles, toda la responsabilidad del resultado recae íntegramente en el médico. El paciente, en este caso, es un objeto pasivo de la atención médica, que se limita a recibir el servicio.

El segundo modelo de interacción entre el médico y el paciente es **el de socios en igualdad de condiciones.** En este modelo, la responsabilidad del proceso de tratamiento se reparte a partes iguales entre el médico y el paciente. Ambos adoptan una postura activa y asumen la responsabilidad de sus propias decisiones y elecciones. El médico orienta al paciente en la situación: le informa sobre la enfermedad y sus causas, le comunica los posibles resultados y métodos de tratamiento, y le ofrece un conjunto de alternativas existentes. El paciente es responsable de elegir una de las opciones de tratamiento propuestas por el médico y de cumplir con las normas del tratamiento elegido. En este modelo, el paciente es un participante igual de activo en el proceso; sabe a qué tiene derecho al recibir servicios médicos y conoce el alcance de su responsabilidad respecto al resultado del tratamiento. En este tipo de relación, la dificultad radica en que el médico debe dedicar más tiempo a comunicarse con el paciente sobre su estado, las características y los mecanismos del curso de la enfermedad, los métodos de tratamiento existentes, etc.

La ventaja de este modelo radica en el trato humano y respetuoso hacia el paciente, al que se considera una persona libre, activa y responsable, con derecho a recibir y elegir los servicios médicos, y capaz de influir en los resultados de los mismos. El modelo de relación de colaboración entre médico y paciente también permite mejorar el cumplimiento terapéutico del paciente y aumenta su seguridad.

Si nos fijamos en la experiencia internacional (sobre todo en los Estados Unidos de América), podemos observar que allí el paciente solo es responsable de su decisión de rechazar el tratamiento. En cuanto a la elección de los métodos de tratamiento, no, ya que se considera que la elección del paciente se encuentra dentro de los límites determinados por el profesional sanitario y, por lo tanto, toda la responsabilidad por la decisión tomada por el paciente recae precisamente en el médico. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos, en particular, en el caso «Arskaya contra Ucrania», llegó a la siguiente conclusión: «…el responsable del desenlace fatal fue el hijo de la demandante, ya que se negó en repetidas ocasiones a recibir tratamiento. El Tribunal señala que el derecho a aceptar o rechazar un tratamiento es fundamental en lo que respecta a la autodeterminación y la autonomía personal. En el ámbito de la asistencia médica, la negativa a un tratamiento concreto puede conducir inevitablemente a un resultado fatal; sin embargo, el tratamiento que se lleva a cabo sin el consentimiento de una persona con discapacidad mental

«de un paciente adulto competente, supondrá una injerencia en la integridad física de la persona de tal manera que vulneraría el derecho al respeto de la vida privada y familiar». De este modo, toda la responsabilidad por la negativa al tratamiento recae en el paciente.

En Ucrania, el médico no es responsable de la salud del paciente en caso de que este rechace las prescripciones médicas o incumpla el régimen que se le haya establecido. Si existe un consentimiento informado voluntario del paciente, en el que se consigne que este último ha recibido efectivamente y en su totalidad explicaciones sobre la naturaleza, el objetivo, la duración aproximada del proceso diagnóstico y terapéutico y sobre las posibles consecuencias adversas durante su realización, sobre la necesidad de cumplir el régimen establecido por el médico durante el tratamiento, la responsabilidad de la decisión recaerá precisamente en el paciente. En tal caso, el médico solo será responsable en caso de que se produzca un daño a la vida o la salud del paciente, causado como consecuencia del incumplimiento por parte de este último de sus obligaciones y de que exista una relación de causalidad entre la actuación ilícita del médico y las consecuencias adversas para el paciente.

La tendencia hacia una mayor responsabilidad de los pacientes en la toma de decisiones contribuirá a fomentar un enfoque consciente por parte de los pacientes respecto al proceso terapéutico y a la información en la que basarán sus decisiones posteriores. La transferencia de la responsabilidad de la decisión tomada al paciente solo es posible gracias a la ampliación del abanico de documentación para registrar unos u otros hechos. Asimismo, es necesario elaborar diferentes tipos de consentimientos informados (con una descripción más clara y detallada de las posibles consecuencias adversas del tratamiento), que el paciente firmará junto con el documento estándar del Ministerio de Sanidad.

¿En qué casos puede el médico tomar decisiones de forma independiente? ¿Dónde está el límite entre la responsabilidad del médico y la de la administración en cuestiones controvertidas?

La persona es dueña de su propio cuerpo, por lo que debe ser ella misma quien tome la decisión final sobre la elección del diagnóstico y el tratamiento. El consentimiento informado del paciente es una condición obligatoria para cualquier intervención médica y constituye su requisito previo indispensable. El médico está obligado a informar al paciente sobre su estado de salud y a proponerle varias opciones de tratamiento disponibles, dejando la decisión final en manos del paciente.

Sin embargo, también hay excepciones a esta regla.

En Ucrania, el derecho a la intervención médica sin el consentimiento del paciente está regulado por numerosos actos legislativos. A pesar de ello, existen contradicciones en la legislación sobre esta cuestión. El Convenio Europeo garantiza a toda persona la protección contra la injerencia y el derecho a la integridad física, lo que se opone a la prestación de asistencia médica sin consentimiento. Al mismo tiempo, los médicos están obligados a prestar dicha asistencia de inmediato si la persona se encuentra en una situación de urgencia. Sin embargo, no existe una lista exhaustiva de tales casos. Los actos internacionales establecen que, en caso **de que el paciente no pueda dar su consentimiento para un tratamiento que sea necesario de forma inmediata, se considerará que dicho consentimiento ha sido otorgado.** Se considerará una excepción si dicho paciente se ha negado anteriormente a recibir asistencia médica en cualquier situación.

De conformidad con la legislación de Ucrania, una situación de urgencia es un deterioro repentino de la salud física o mental que supone una amenaza directa e ineludible para la vida y la salud de la persona o de quienes la rodean, y que surge como consecuencia de una enfermedad, una lesión, una intoxicación u otras causas internas o externas. Partiendo de esto, en la práctica entran en esta categoría los siguientes casos:

- una persona padece enfermedades infecciosas especialmente peligrosas;
- una persona a la que se le haya diagnosticado una adicción a las drogas (en determinadas circunstancias);
- personas que han cometido delitos y padecen una enfermedad que supone un peligro para la salud de otras personas;
- una persona que padezca un trastorno mental, pueda ser peligrosa y sea incapaz de satisfacer por sí misma sus necesidades vitales básicas;
- en caso de circunstancias de extrema necesidad, medidas de reanimación en estados terminales.

Partiendo de este principio, la legislación reconoce el derecho del médico a prestar asistencia al paciente sin su consentimiento, pero solo en casos excepcionales. El factor principal deben ser los signos vitales del paciente. Además, el daño a la salud de la persona derivado de la intervención médica debe ser necesariamente menor que las causas de dicha intervención. De lo contrario, la legalidad de la prestación de tratamiento sin el consentimiento del paciente sería ficticia. Esto podría dar lugar a que se exija responsabilidades al médico.

La mayoría de los profesionales sanitarios son empleados de centros de salud (hospitales). La legislación ucraniana establece que la responsabilidad por los daños causados por un médico recae en el centro en el que trabaja dicho médico. Posteriormente, el hospital puede presentar una demanda de regresso, exigiendo la indemnización de la totalidad de los daños causados.

En cuanto a la responsabilidad personal del profesional sanitario, en la mayoría de los casos será de carácter penal y disciplinario. La responsabilidad disciplinaria se impone mediante orden del director del hospital, mientras que la penal se impone por resolución judicial.

La responsabilidad penal del médico se aplica a los delitos cometidos por el personal sanitario que constituyan delitos contra la vida y la salud de las personas. Concretamente:

- el incumplimiento o el cumplimiento indebido por parte del personal médico de sus obligaciones profesionales como consecuencia de una actitud negligente o de mala fe, si ello ha causado graves consecuencias para el paciente (art. 140 del Código Penal de Ucrania). Por ejemplo, se completó la operación, pero se dejó un instrumento médico en el cuerpo del paciente, o el médico anestesista calculó incorrectamente la dosis del medicamento, lo que causó daños al paciente;

- la falta de asistencia al enfermo por parte de un profesional sanitario (art. 139 del Código Penal de Ucrania). Por ejemplo, se denegó la asistencia médica a un paciente por carecer de una remisión para el tratamiento, lo que provocó su fallecimiento;

- ejercicio ilegal de la medicina, es decir, el ejercicio de la actividad médica sin autorización especial, llevado a cabo por una persona que carece de la formación médica adecuada, si ello ha causado graves consecuencias para el enfermo (art. 138 del Código Penal de Ucrania). Por ejemplo, un pseudomédico, es decir, una persona sin formación médica ni documentación para ejercer la actividad médica, causó daños a la salud del paciente.

Si un médico actúa excediendo sus competencias de una u otra forma, deberá responder por ello. Un ejemplo práctico puede ser el caso en el que un cirujano prescribió un tratamiento psiquiátrico sin tener competencia para ello (resolución n.º 6498078). El profesional sanitario derivó al ciudadano a un tratamiento hospitalario obligatorio en un hospital de psiquiatría, indicando el diagnóstico
«síndrome maníaco-depresivo». Tales acciones del médico causaron un daño considerable, en particular moral. El tribunal declaró al profesional sanitario culpable por el delito de «abuso de autoridad, es decir, la realización arbitraria, en contra del orden establecido por la ley, de cualquier acto cuya legitimidad sea impugnada

por un ciudadano concreto, lo que ha causado un perjuicio considerable a los intereses de dicho ciudadano» (art. 356 del Código Penal de Ucrania) y le impuso una sanción en forma de multa.

Por lo tanto, el médico debe abordar con cautela la cuestión de la toma de decisiones autónoma sobre la prestación de asistencia médica y no excederse en sus competencias. Y es que el médico es personalmente responsable penalmente de sus actos. Además, cabe señalar que la responsabilidad también puede recaer sobre el hospital. En caso de demanda contra un centro médico, este puede presentar una contrademanda contra el empleado que haya cometido la infracción.

Límites

La relación entre el médico y el paciente es de carácter interpersonal y se basa en una comunicación estrecha y un contacto físico cercano, por lo que requiere el establecimiento de ciertos límites: físicos (corporales) y psíquicos (espirituales). Los límites profesionales son necesarios porque, por un lado, protegen a los pacientes y, por otro, a los médicos (personal sanitario, proveedores de servicios médicos).

Los límites son fronteras establecidas (mediante normas escritas o no escritas, acuerdos y expresiones verbales) del espacio social, físico y psicológico entre las personas. Se trata de un sistema determinado que se compone de «sí» y «no». Son señales de stop o límites que establecemos de cierta manera para protegernos, gestionar plenamente nuestra propia vida y construir relaciones con las personas que nos rodean.

Una clara conciencia de nuestro sistema de valores ayuda a establecer límites y libera espacio para el éxito. Los límites establecidos correctamente facilitan la vida, ayudan a ordenarla y protegen el espacio vital personal. Al mismo tiempo, los límites mal establecidos o
Los límites «insalubres» suelen provocar dolor emocional y agotamiento, lo que puede conducir a la adicción, la depresión, la ansiedad e incluso a enfermedades.

La ausencia de límites es la falta de cualquier marco en las relaciones, lo que se asemeja a una casa sin cerrar, a la que puede entrar cualquiera. Por otro lado, unos límites demasiado rígidos pueden llevar al aislamiento de una persona o un grupo de personas, lo que se asemeja a una vida solitaria en un castillo cerrado, rodeado de altos muros, donde no se deja entrar a nadie y de donde nadie sale. El grado de solidez y permeabilidad de los límites no es algo fijo de una vez por todas.

Las fronteras nos ayudan a:

- definir (identificar) nuestra personalidad para comprendernos mejor a nosotros mismos;
- regular nuestras necesidades, obligaciones, posibilidades y nuestras actividades;
- desarrollar nuestro potencial;
- protegernos del control de los demás;
- mantener nuestro propósito y nuestra misión en la vida;
- proteger sus mejores activos personales (conocimientos, cuerpo, habilidades y destrezas).

Los límites profesionales son los límites aceptados y esperados de distancia psicológica, social y física entre el médico y su paciente, que definen sus roles y expectativas.

Mantener una distancia «terapéutica» con los pacientes ayuda a los médicos a establecer límites profesionales en la comunicación, previene el agotamiento emocional y protege a los médicos del sufrimiento de los pacientes.

Las relaciones personales con el paciente, cuando el médico está emocionalmente vinculado a él, pueden perjudicar al médico e influir en la objetividad de sus decisiones. Por eso, los límites emocionales son muy importantes. El médico no debe tratar a miembros de su familia o amigos con los que tenga un vínculo emocional; la relación médico-paciente es primordial y otras relaciones importantes no deben entrar en conflicto con ella.

Unos límites ineficaces o mal establecidos pueden provocar:

- la pérdida de la autoestima y del respeto de los demás;
- la pérdida de control sobre la propia vida;
- sentimientos de culpa;
- pérdida de interés por la vida.

Los objetivos no alcanzados pueden provocar ansiedad y depresión.

Los límites profesionales protegen a los pacientes:

- Los intereses del paciente deben estar siempre en primer lugar.

- Los pacientes suelen ser muy vulnerables, ya que, para recibir tratamiento, se ven obligados a revelar detalles íntimos sobre sí mismos y su vida a una persona desconocida.
- Cuando el paciente puede confiar en el médico, esa relación puede ser curativa (terapéutica).

Los límites profesionales protegen a los médicos:

- Los médicos pueden sufrir agotamiento emocional si no distinguen entre sus propias emociones y el sufrimiento de los pacientes.
- Las relaciones personales, y más aún las familiares, con el paciente pueden (debido a los vínculos emocionales) influir en la objetividad de las decisiones del médico y socavar el principio de que «la relación médico-paciente debe ser lo primero».
- Ayudan a regular las relaciones laborales de los médicos con los pacientes (un médico no es un robot que trabaja las 24 horas del día, los 7 días de la semana)
- Garantizan la privacidad y el derecho a la dignidad del médico como persona.

Ejemplos de límites saludables y no saludables

Los límites saludables son sólidos, parcialmente permeables y, en caso de que se traspasen, la persona los restablece rápidamente.

Variantes de límites poco saludables:

- «sin límites»: la persona no percibe dónde termina ella y dónde empiezan los demás;
- fronteras agotadas, débiles, fácilmente permeables y difíciles de restablecer;
- fronteras rígidas, carentes de flexibilidad y de «puntos de entrada» para otras personas.

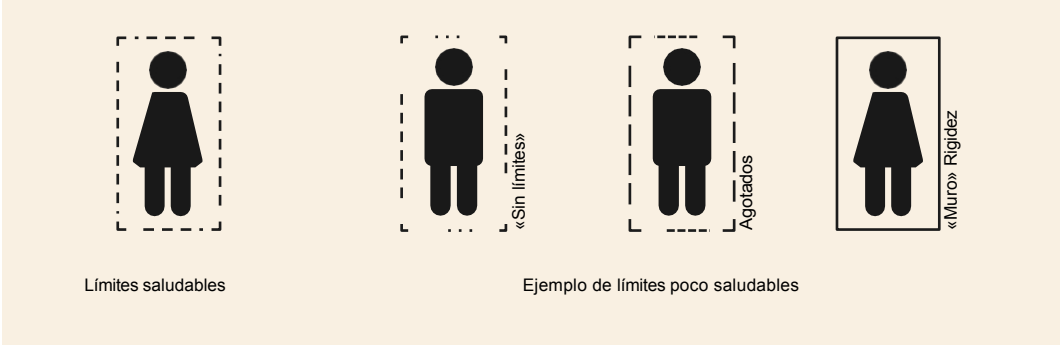


Fig. 9. Límites
Fuente: www.casv.org.au/healthy-boundaries/

Privacidad

Uno de los derechos humanos fundamentales es el respeto a la privacidad. La privacidad se refiere tanto a la información sobre el estado de salud del paciente, que constituye el secreto médico, como a la intimidad física. El respeto de todos los aspectos de la privacidad del paciente en los centros sanitarios permite garantizar el bienestar físico, psíquico y emocional de los pacientes y mejora la eficacia y la calidad de la atención médica.

Principios de respeto a la privacidad del paciente en los centros hospitalarios:

- durante las intervenciones o procedimientos no deben estar presentes personas ajenas;
- las puertas deben estar cerradas (o la cortina bajada);
- solo se descubrirán partes del cuerpo del paciente con su consentimiento;
- no se permite trasladar al paciente desnudo;
- autorización para la presencia de personas ajenas (por ejemplo, médicos en prácticas);
- habitaciones y aseos separados por sexos (teniendo en cuenta el recorrido del paciente);
- consentimiento para que el médico sea de otro sexo;
- las personas ajenas, incluido el personal, no deben estar presentes ni escuchar la conversación con el paciente; la comunicación en la habitación debe realizarse en voz baja;
- las fotografías y grabaciones de vídeo solo se realizarán con consentimiento.

Ejemplo de realización de una ecografía

– Buenos días, señora Oksana, pase, por favor. Me llamo Petro Ivanovich, soy médico ecografista y hoy le realizaré la exploración. Durante la prueba también estará presente la enfermera Irina Vasylivna, que tomará nota de los resultados de la exploración.

– Buenas tardes.

– Le han derivado para que se someta a una exploración de los órganos de la pelvis y las mamas. ¿Sabe cómo se realiza esta exploración? ¿Tiene alguna pregunta sobre el desarrollo de la propia prueba?

– No, ya me han hecho procedimientos similares.

– Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla. Ahora, por favor, pase detrás del biombo: para la exploración es necesario que se quite toda la ropa por encima de la cintura. No es necesario que se quite los zapatos. Voy a cerrar la consulta con llave para que nadie nos moleste.

[En una esquina de la consulta hay un biombo, detrás del cual hay dos sillas, servilletas, una papelera y cubrezapatos].

– ¿Está listo? Por favor, túmbese boca arriba en la camilla. ¿Podemos empezar la exploración?

– Sí. *[Se realiza un examen de las mamas].*

– Gracias, ahora puede vestirse. Para realizar la siguiente exploración, es necesario que se quite toda la ropa por debajo de la cintura, ya que vamos a realizar una exploración de los órganos de la pelvis. Si necesita toallitas, las encontrará detrás de la mampara.

[La paciente se cambia detrás de la mampara y se realiza el examen de los órganos de la pelvis].

– Vístase, por favor. La exploración ha finalizado. Siéntese, por favor; Irina Vasílovna le dará el informe en unos minutos.

Los materiales del proyecto educativo «Recomendaciones metodológicas para el respeto de los principios de dignidad de los pacientes en los hospitales» pueden consultarse en el enlace

phcapital.org/ wp-content/ loads/2021/02/ metodychni-rekomendacziyi_ proyekt.pdf

Conclusiones:

El paciente es el sujeto de la toma de decisiones.

La toma de decisiones compartida es un componente clave de la atención sanitaria del paciente.

Los límites profesionales son importantes para una interacción eficaz entre el médico y el paciente. La

responsabilidad de establecer y respetar esos límites recae en los médicos.

En caso de que se traspasen los límites, es necesario discutir la situación que ha surgido y buscar formas de resolverla. Los límites en las relaciones a través de casos prácticos

PARTE 2. TAREAS PRÁCTICAS

Caso 1

La doctora Yabluneva es la médica de familia del señor Slyvov desde hace unos 20 años. El señor Slyvov tiene 51 años y es mecánico en un taller de fabricación de máquinas herramienta. Anteriormente se sentía prácticamente sano, pero tras sufrir un infarto le implantaron un marcapasos y le prescribieron un tratamiento antiarrítmico. No puede volver al trabajo y, por ello, está perdiendo su seguro médico.

Unos meses después de esa intervención, el señor Slivov acude a su médico de cabecera —la señora Yabluneva— y le comunica que su seguro está a punto de caducar y que ya no podrá comprar los medicamentos que necesita, ya que sus intentos por encontrar un trabajo menos exigente no han dado fruto.

Al día siguiente, el Sr. Kvitko, un compañero de la médica de familia Yabluneva, le cuenta al Sr. Slivov que está buscando a alguien para un puesto que, en opinión de la Sra. Yabluneva, se ajustaría a las habilidades y competencias de su paciente, que se encuentra en busca de empleo.

¿Cómo actuó la Sra. Yabluneva?
¿Debe un médico ayudar a los pacientes más allá de la prestación de asistencia médica?
¿Por qué?

Caso 2

Una joven médica está realizando una visita en una sala de hombres. La sala tiene ocho camas, el pasillo entre ellas es estrecho y no es posible colocar una silla. Para examinar al paciente, es necesario sentarse en su cama o en la cama contigua (con el permiso del otro paciente). Mientras le toma la tensión arterial al paciente, que se encuentra tumbado, este coloca su mano sobre las rodillas de la médica sin pedirle permiso. La médica intenta medir con precisión la presión arterial y se concentra en el procedimiento a pesar de la sensación incómoda que le produce tener la mano de otra persona sobre sus rodillas y de las miradas de los pacientes de las camas contiguas, que observan el procedimiento de medición de la presión. Una vez medida la presión, la médica retira la mano del paciente. Al día siguiente, la situación se repite. La médica vuelve a apartar la mano del paciente de sus rodillas. Al tercer día, la médica ya no le da al paciente la oportunidad de ponerle la mano en el regazo, para lo cual cambia de táctica: mide la presión arterial de pie junto al paciente y no se agacha a su lado. ¿Cómo evaluar esta situación clínica (las acciones del paciente y de la médica)?

¿Qué límites en la relación médico-paciente se han traspasado en esta situación?
¿Cómo evitar la violación de los límites y actuar correctamente en esta situación?

Caso 3

Taras y Petro son amigos desde hace muchos años. El primer sábado de cada mes se reúnen para jugar al fútbol. Petro es cirujano proctólogo, el mejor entre los cirujanos abdominales de su región. Un sábado, Taras le cuenta a Petro que le han diagnosticado una enfermedad intestinal que requiere tratamiento quirúrgico según las recomendaciones del médico de familia, y le pide a Petro que lo opere, argumentando que Petro es el mejor especialista en este campo. Petro se siente abrumado por diversos sentimientos: por un lado, no quiere negarse a su amigo, y por otro, le preocupan los aspectos éticos de tal decisión, ya que mantiene un estrecho vínculo emocional con Taras.

¿Cómo debe actuar Petro en esta situación?
¿Qué límites de la relación entre el paciente y el médico pueden verse vulnerados en esta situación?
¿Cómo afecta esto a la interacción entre el médico y el paciente?

¿Qué traspasos de límites has percibido?	¿Qué indica una violación de los límites por parte del paciente o del médico?	¿Qué se puede hacer?

La versión completa del texto teórico de la clase se encuentra en el enlace

bit.ly/3DU9cwF

TEMA 5

Confidencialidad



TEMA 5
CONFIDENCIALIDAD

Con todo el respeto por los derechos de los pacientes recopilado por Olena Gorska y Nataliia Rudakova



Olena Gorska, profesora del Departamento de Disciplinas Médico-Preventivas y Diagnóstico de Laboratorio, Academia Médica de Rivne.



Natalia Rudakova, profesora del Departamento de Salud Mental y Física de la Academia Médica de Lviv «Andriy Krupynsky».

OBJETIVOS DIDÁCTICOS:

- Conocer los principios de autonomía, privacidad y confidencialidad en la atención sanitaria.
- Ser capaz de aplicar estos principios en el trabajo con los pacientes.

Actitudes	Conocimientos	Habilidades
Enfoque centrado en la persona como base de la filosofía de las relaciones con el paciente.	qué información y en qué medida se debe proporcionar al paciente; qué es importante saber sobre la confidencialidad: por qué es un principio importante y cuáles son los aspectos jurídicos fundamentales.	Cómo proporcionar la información de forma adecuada y determinar qué nivel de detalle es necesario para cada paciente; cómo garantizar en la práctica la confidencialidad y el derecho de la persona a la autonomía; cómo discutir con el paciente las decisiones sobre el curso del tratamiento y ayudarle a tomar decisiones.

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Los conceptos de «información» e «información confidencial». La autonomía, sus principios, el concepto de «consentimiento informado».

Privacidad y principios para su consecución. Normas de preservación de la privacidad en los centros médicos.

Confidencialidad, principios para su cumplimiento. Marco normativo para el cumplimiento de la confidencialidad.

Responsabilidad por la divulgación del secreto médico. Condiciones en las que se

pueden infringir los principios de confidencialidad.

Acceso del paciente a la información: obligaciones del personal sanitario, riesgos. Particularidades del acceso a la información sobre los niños.

Materiales de la clase

PARTE 1. MATERIAL TEÓRICO: EL CONCEPTO DE «INFORMACIÓN» Y «INFORMACIÓN CONFIDENCIAL»

Información

(1) datos documentados o anunciados públicamente sobre acontecimientos y fenómenos que han tenido o tienen lugar en la sociedad, el Estado y el entorno natural;

(2) cualquier dato y/o información que pueda almacenarse en soportes físicos o representarse en formato electrónico.

Información confidencial

Información cuyo acceso está restringido por una persona física o jurídica, salvo los titulares de poderes públicos, y que puede difundirse según el procedimiento que ellos determinen, a su discreción y de conformidad con las condiciones que ellos establezcan.

No se considerará información confidencial aquella relacionada con el desempeño de funciones por parte de personas que ejerzan facultades delegadas por organismos públicos, de conformidad con la ley o un contrato, incluida la prestación de servicios educativos, sanitarios, sociales u otros servicios públicos;

Los administradores de información que posean información confidencial solo **podrán** difundirla **con el consentimiento** de las personas que hayan restringido el acceso a la información y, en ausencia de dicho consentimiento, únicamente en interés de la seguridad nacional, el bienestar económico y los derechos humanos (3).

AUTONOMÍA, SUS PRINCIPIOS Y CONCEPTOS «CONSENTIMIENTO INFORMADO»

La autonomía es la independencia de cualquier cosa, un estado en el que el sujeto y el objeto de la gestión coinciden.

El principio de autonomía de los pacientes se materializa en varios elementos importantes:

- El paciente debe recibir información completa y exhaustiva sobre su estado de salud (el personal sanitario debe facilitarle dicha información) de forma accesible;
- Se deben ofrecer al paciente diferentes opciones de tratamiento;
- antes de cada intervención, se debe proporcionar al paciente información sobre las medidas que se llevarán a cabo y sobre los posibles efectos secundarios que puedan manifestarse en el paciente durante el procedimiento, etc.;
- el paciente tiene derecho a participar en la toma de decisiones y a elegir entre las opciones de tratamiento (toma de decisiones compartida). En la toma de decisiones compartida sobre la elección de la opción de tratamiento debe aplicarse el modelo biopsicosocial, en el que se considera al paciente como una persona integral y no solo como un organismo biológico, y deben tenerse en cuenta los componentes psicológicos y sociales del paciente;
- El paciente debe dar su consentimiento para cualquier intervención médica, diagnóstico, análisis, tratamiento, etc. El consentimiento informado puede no ser necesario en los casos en que el paciente no tenga capacidad para darlo, cuando se requiera asistencia de urgencia y no existan otras instrucciones conocidas del paciente, o en caso de amenaza para la salud pública (tuberculosis, rabia, cólera, etc.). En este último caso, se requieren procedimientos operativos claros sobre las intervenciones que pueden realizarse sin consentimiento;
- el paciente tiene derecho a rechazar el tratamiento. En tal caso, el personal del hospital debe proporcionar información completa sobre el estado del paciente, las posibles opciones de tratamiento, los riesgos y beneficios, así como las consecuencias de rechazar el tratamiento. También es necesario asegurarse de que el paciente comprenda la información facilitada, de que la decisión se tome de forma consciente y de que las razones que la sustentan sean sustanciales e insuperables. Para asesorar al paciente, conviene contar con otros especialistas, como un psicólogo, un trabajador social o un sacerdote, en función de las creencias del paciente;
- el paciente debe dar su consentimiento para que se comunique información sobre su estado de salud a sus familiares y allegados.

Consentimiento informado

La obligación de obtener el consentimiento informado del paciente está prevista en la legislación de Ucrania. Sin embargo, en la mayoría de los casos, los hospitales se toman este requisito de manera meramente formal. El documento «Consentimiento informado y voluntario del paciente» se firma una sola vez, a menudo durante la hospitalización, y los pacientes no siempre comprenden qué están firmando ni para qué. Al mismo tiempo, el diagnóstico posterior y las intervenciones médicas pueden llevarse a cabo sin consentimiento informado. Al mismo tiempo, es necesario señalar que el consentimiento informado puede prestarse no solo por escrito, sino también verbalmente. Algunos países de la UE están abandonando la práctica del consentimiento informado por escrito precisamente porque el documento firmado por el paciente no siempre significa, en realidad, un consentimiento informado respecto a todas las intervenciones médicas.

Un elemento aún más importante en la aplicación de este principio es proporcionar al paciente información completa y veraz, así como advertirle de todos los riesgos de la intervención. También hay casos en los que una persona recibe tratamiento de soporte (ventilación pulmonar). La decisión de interrumpir o continuar el tratamiento de soporte se toma en función del interés superior del paciente. En este caso, es necesario tener en cuenta la calidad de vida del paciente, cuánto tiempo vivirá y con qué calidad de vida si el tratamiento continúa, así como las posibilidades de recuperación del paciente.

PRIVACIDAD Y PRINCIPIOS PARA SU LOGRO. NORMAS DE PROTECCIÓN DE LA PRIVACIDAD EN LOS CENTROS MÉDICOS

Privacidad de la información:

- relación entre la recopilación y la difusión de datos
- tecnologías
- expectativas sociales de respeto a la vida privada
- cuestiones jurídicas y políticas relacionadas con ellos.

Recomendaciones para garantizar la intimidad física:

- durante las intervenciones en las que sea necesario desvestirse, no debe haber personas ajenas en la sala donde se realice dicho procedimiento, incluido

el personal del hospital que no participe directamente en la intervención. Si la intervención tiene lugar en una habitación donde hay varios pacientes, es necesario cubrir bien la cama del paciente con una mampara o cubrir al paciente con una sábana;

- Los procedimientos que requieran que los pacientes se desnuden deben realizarse en espacios cerrados, y las zonas destinadas a que los pacientes se desnuden deben estar separadas por una mampara. El profesional sanitario que realice el procedimiento debe explicar previamente al paciente cómo se desarrollará y qué sensaciones puede experimentar, además de avisarle del inicio del procedimiento. El paciente debe dar su consentimiento para el inicio de la intervención (puede ser un formulario escrito obligatorio, pero también un consentimiento verbal o incluso una señal, por ejemplo, un movimiento de cabeza);

- el personal sanitario no debe pedir que el paciente se desnude más de lo que requiera el procedimiento;

- una vez finalizado el procedimiento, el paciente debe vestirse antes de continuar la comunicación;

- no está permitido trasladar al paciente desnudo por el recinto del hospital;

- Los dispositivos auxiliares que puedan causar molestias a los pacientes (como los colectores de heces y orina, los catéteres, etc.) deben cubrirse con una sábana, según los deseos del paciente;

- Durante la exploración de los pacientes en salas con varios pacientes, se recomienda no comentar los detalles de la exploración y, en caso necesario, hablar con el paciente en voz baja;

- en las habitaciones con varias camas, se recomienda disponer de mamparas móviles que separen las camas y puedan crear un espacio privado para el paciente;

- Es necesario garantizar la separación de los pacientes de distinto sexo, incluyendo aseos separados. Las excepciones pueden referirse a las salas de cuidados intensivos;

- se debe ofrecer a los pacientes la posibilidad de elegir personal sanitario del mismo sexo que les preste asistencia (siempre que se disponga de dicho personal). Esta necesidad es, en general, más relevante para las mujeres. En cualquier caso, durante la realización de procedimientos que requieran desvestirse, debe estar presente un profesional sanitario del mismo sexo que el paciente;

- en el hospital deben disponerse salas privadas para que los familiares y allegados del paciente puedan comunicarse con él. Si no es posible preverlo en la planificación del hospital, debe proporcionarse otro espacio para que la familia pueda comunicarse a solas con el paciente tras recibir noticias importantes o para tomar decisiones difíciles;

- Solo se podrán tomar fotografías o grabar vídeos de los pacientes en el hospital con su consentimiento;

- el personal del hospital debe obtener el consentimiento para la presencia de internos durante la exploración del paciente.

Recomendaciones sobre la presencia de internos/residentes/estudiantes durante la exploración de un paciente:

- solicitar la presencia de estudiantes o internos es una muestra habitual de cortesía, y los pacientes comprenden que se les trata con respeto. Al mismo tiempo, conservan cierto control sobre la situación en la que se encuentran;

- para que dicha solicitud no resulte una sorpresa para los pacientes, es necesario avisar con antelación de la posible presencia de estudiantes o internos;

- incluso si el hospital es una base clínica de centros de formación médica, el paciente debe tener la posibilidad de rechazar la presencia de estudiantes o residentes.

Confidencialidad, principios de su observancia Marco normativo-

legal para la observancia de la confidencialidad **Confidencialidad:**

- cualidad de todo aquello que no debe divulgarse; confidencialidad, secreto, privacidad absoluta;

- característica de la información que consiste en que esta no puede ser obtenida por un usuario no autorizado y (o) un proceso;

- La idea de que, al acudir a recibir asistencia médica, la persona no debe preocuparse por el temor a que su estado sea revelado a otras personas.

El objetivo de la relación de confianza entre el paciente y el profesional sanitario es que ambas partes se sientan cómodas a la hora de compartir cualquier información pertinente.

A información que debe protegerse, incluyen:

- datos personales
- estado de salud
- el estado emocional
- información financiera.

¿Qué abarca la confidencialidad del médico y del paciente?

Todo lo que el paciente pueda revelar al profesional médico, al empleado, y así como cualquier opinion es y conclusiones que el pueda puede formarse tras examinar o evaluar del estado del paciente. La confidencialidad abarca enfermedades, afecciones preexistentes, todos los registros (incluido antecedent radiografías, informes de laboratorio, etc.), médicos es así como la relación entre el paciente y el médico, al igual que el mero hecho de que una persona acuda al médico.

Una violación de la confidencialidad es cualquier transmisión de información privada sobre el paciente a un tercero sin el consentimiento del paciente. La confidencialidad del paciente está protegida por la legislación de Ucrania. Si la información privada sobre el paciente se divulga sin su permiso y le causa algún perjuicio, tiene derecho a presentar una demanda contra el profesional sanitario por abuso, intromisión en la vida privada u otros delitos. Por supuesto, si el paciente ha dado su consentimiento para la divulgación de la información, no se ha producido ninguna violación.

¿Cuánto tiempo dura la confidencialidad entre el médico y el paciente?

La obligación de confidencialidad se mantiene incluso después de que el paciente haya dejado de acudir o de recibir tratamiento de ese médico concreto, e incluso tras su fallecimiento. Si el paciente fallece, su historial médico y su información siguen estando protegidos por la confidencialidad entre el médico y el paciente.

Recomendaciones para el cumplimiento de los principios de confidencialidad de la información:

- solo deben tener acceso a la información confidencial aquellos empleados que la necesiten. Este acceso debe estar justificado;
- la protección de la información confidencial incluye también la obligación de destruir adecuadamente los soportes de datos (por ejemplo, mediante una trituradora);
- la información médica de los pacientes, por ejemplo, los resultados de los análisis, no puede ser de acceso público;
- no se permite que el hospital retire ni conserve documentos personales del paciente, en particular el pasaporte;
- No está permitido divulgar ni comentar información sobre el paciente con personas ajenas, incluido el personal del hospital que no participe en el tratamiento ni en la atención del paciente;
- El paciente debe tener libre acceso a su historial médico, incluida la información sobre quién tiene o ha tenido acceso a dicho historial.
- No está permitido que el personal del hospital comente ni juzgue a los pacientes.

Procedimiento para garantizar la confidencialidad en el hospital:

1. al entrar en una habitación u otro espacio cerrado (por ejemplo, un lugar separado por una cortina), el personal del hospital debe llamar a la puerta o avisar de otro modo a los pacientes de su llegada; si es posible, preguntar al paciente si es un buen momento para la visita o la conversación;
2. la comunicación debe realizarse a la misma altura (si el paciente está acostado, es necesario sentarse a su lado antes de iniciar la conversación);
3. ¡En ningún caso se debe gritar por toda la sala para anunciar los procedimientos previstos!
4. El diagnóstico y el procedimiento de tratamiento deben explicarse a los pacientes en un lenguaje accesible, evitando términos técnicos;
5. No está permitido tratar cuestiones relacionadas con el tratamiento y la atención del paciente en su presencia sin contar con su participación.

Al recibir el alta hospitalaria:

- Se debe informar al paciente sobre el tratamiento y los cuidados posteriores, así como facilitarle los datos de contacto de las personas a las que puede acudir en caso de necesidad;
- Es necesario escuchar al paciente en caso de que tenga quejas o sugerencias;
- Es necesario proponer al paciente que rellene un cuestionario anónimo para evaluar la actividad del hospital.

PARTE 2. TAREAS PRÁCTICAS

Casos para debatir

Caso 1

A petición de la tutora, una chica de 15 años acudió al psicólogo escolar para quejarse de la presión constante que ejercían sobre ella sus compañeros. El motivo del acoso es que la niña saca sobresalientes, se preocupa constantemente por las notas, llora cuando saca menos de un 10 y no se interesa por la vida de sus compañeros ni por sus aficiones. Ella «no es como los demás», es «la oveja negra». Durante la conversación, la niña se limpia constantemente las manos con una toallita higiénica, se queja de que duerme mal y tiene deseos y pensamientos de carácter suicida. Tras la consulta, la tutora entró en la consulta de la psicóloga y le preguntó si la niña estaba bien. La psicóloga describió detalladamente el estado de la niña y le dijo a la profesora que los padres debían acudir a un psiquiatra infantil, ya que había problemas de salud mental.

Caso 2

Cestudianteque se inscribeenel cuestionariodeadmisióna la formación en línea. En el cuestionario hay una pregunta sobreel estado serológico respecto al VIH. Es obligatoria. ¿Tiene derecho la institución educativa a recabarinformaciónsobreelestadoserológicorespecto al VIH al rellenar el cuestionario?

Caso 3

Médico jefe de la clínica privada de cirugía plástica una joven médica y le hace le pregunta abiertamente su estado de salud y sus para el futuro y planes en un futuro próximo (3 años) consentimiento sobre no querer tomar la baja por

clínica atiende a trabajar sobre su vida personal, le pide que rellene un

Pregunta para el diario reflexivo:

La información médica pertenece a los pacientes. Analice esta afirmación.

Presentación del tema en el enlace:

bit.ly/3EpdbTc

Versión completa de la clase en el enlace:

bit.ly/3rEgdPQ

TEMA 6

Crisis y las malas noticias

estados emocionales



TEMA 6

ESTADOS EMOCIONALES DE CRISIS Y MALAS NOTICIAS

Materiales didácticos cuidadosamente seleccionados por Iryna Borovyk y Nataliia Povar



Iryna Borovyk, profesora adjunta del Departamento de Terapia y Medicina Familiar. Universidad Nacional de Ternópil
Universidad Nacional de Medicina de Ternópil «Iván Gorbachevsky»



Natalia Povar, profesora del Departamento de Disciplinas Médico-Preventivas y Diagnóstico de Laboratorio,
Academia Médica de Rivne

OBJETIVOS DIDÁCTICOS

- Conocer y saber aplicar el protocolo SPIKES para comunicar malas noticias
- Ser capaz de apoyar al paciente en momentos de crisis, tras recibir malas noticias o al final de la vida.

Actitudes	Conocimientos	Habilidades
El enfoque centrado en la persona como base de la filosofía de la relación con el paciente.	¿Qué son los estados emocionales de crisis y cómo influyen en la interacción? Las etapas del duelo.	Cómo comunicarse en situaciones de gran tensión emocional y estrés; cómo comunicar malas noticias.

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Parte organizativa: **3 min.**

Reflexión: «¿Qué temas de conversación resultan difíciles para un médico?», o «¿Qué noticias sobre el estado de salud son malas para un paciente?», o «¿Qué siente el paciente cuando le dan malas noticias?», o «¿Recuerdan casos de su vida o de su práctica en los que se comunicaron malas noticias de forma incorrecta?» – **12 min.**

Breve repaso del material teórico (miniconferencia) – **10 min.**

Juego de roles (consulta a un paciente con una enfermedad crónica incurable, por ejemplo, diabetes mellitus, artritis reumatoide o un paciente que necesita una intervención quirúrgica) con posterior debate con los estudiantes – **60 min**.

o debate en grupo sobre cómo comunicar malas noticias, seguido de una sesión de análisis: **60 min.** (enfoque del análisis: ¿qué es más importante, seguir estrictamente el algoritmo o la empatía y el apoyo emocional?),

o análisis y debate de casos en pequeños grupos con posterior debriefing con los alumnos – **30 min**. + análisis de consultas con comunicación de malas noticias (correctas e incorrectas) en vídeo – **30 min.**

Resumen: **5 min**. **Total: 210 min.**

Materiales de la sesión

PARTE 1. MATERIALES TEÓRICOS SOBRE LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

Los psicólogos definen el concepto de «malas noticias» como cualquier información que afecte de forma grave y negativa a la percepción que una persona tiene de su futuro. Todas las malas noticias tienen graves consecuencias negativas para los pacientes y sus familias. Las malas noticias son un concepto subjetivo: no podemos evaluar su impacto en una persona sin conocer las expectativas del destinatario de las malas noticias y sus miedos. Por ejemplo, una paciente se quedará en estado de shock si se le comunica que su dolor de espalda se ha intensificado debido a una recidiva de cáncer de mama, cuando ella pensaba que el dolor se debía a un espasmo muscular. El impacto de las malas noticias es proporcional a su efecto sobre el cambio en las expectativas del paciente.

Es importante identificar el elemento central de las malas noticias: qué es lo que las convierte en malas para el paciente. En la mayoría de los casos, se trata de algo que reduce la esperanza de vida (el diagnóstico de una enfermedad grave), algo que conlleva la pérdida de funciones, la limitación de la actividad diaria o un deterioro significativo de la calidad de vida (el diagnóstico de una enfermedad crónica incurable).

Ejemplos de enfermedades que suponen malas noticias para el paciente:

- enfermedades graves que limitan la esperanza de vida (cáncer, neoplasias hematológicas, enfermedades progresivas del corazón, los pulmones, los riñones y el hígado de diversa etiología, enfermedades neurológicas progresivas, síndrome de inmunodeficiencia adquirida);

- enfermedades crónicas que alteran la vida (diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades reumatológicas, insuficiencia cardíaca crónica, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal crónica, cirrosis hepática, enfermedades pulmonares crónicas como la EPOC, fibrosis quística).

Comunicar malas noticias sobre una enfermedad grave que reduce la esperanza de vida o una enfermedad crónica que altera la vida, así como apoyar a los pacientes durante la enfermedad, es, sin duda, una de las funciones más estresantes que debe desempeñar cualquier médico.

¿Por qué los médicos no quieren comunicar malas noticias?

A lo largo de su carrera, todo médico puede verse en la situación de comunicar información médica desfavorable al paciente y a sus familiares en numerosas ocasiones. El análisis de los estudios realizados ha confirmado que la persona que comunica las malas noticias suele experimentar emociones intensas, como ansiedad, el peso de la responsabilidad y el miedo a ser juzgada negativamente. Comunicar malas noticias resulta especialmente difícil cuando el paciente es joven y las posibilidades de un tratamiento satisfactorio son nulas o limitadas. En cualquier caso, la situación se complica si el médico carece de experiencia a la hora de comunicar malas noticias. A menudo, los médicos (profesionales sanitarios) no están preparados para las reacciones emocionales del paciente, temen que se les culpe, temen que se les acuse de incompetencia y también que no sean capaces de responder a todas las preguntas del paciente y sus familiares.

Malas noticias: ¿por qué es importante?

Los pacientes necesitan saber la verdad. Hasta finales de la década de 1970, la mayoría de los médicos no se mostraban sinceros al comunicar su diagnóstico a los pacientes con cáncer. Sin embargo, los estudios realizados en los años siguientes empezaron a indicar que los pacientes deseaban conocer la información sobre su estado. Por ejemplo, una encuesta publicada en 1982 a 1251 estadounidenses reveló que el 96 % de ellos deseaba saberlo si se les diagnosticaba un tumor maligno; además, el 85 % quería conocer, en caso de un pronóstico desfavorable, una estimación realista de la esperanza de vida restante. Un estudio del centro oncológico de Escocia, en el que participaron 250 pacientes, mostró que entre el 91 % y el 94 % de las personas querían conocer las posibilidades de éxito del tratamiento y la probabilidad y gravedad de los efectos secundarios.

En Norteamérica, los principios del consentimiento informado y voluntario, la autonomía del paciente y el derecho jurisprudencial han creado obligaciones éticas y legales claras, destinadas a proporcionar a los pacientes toda la información que deseen conocer sobre su enfermedad y su tratamiento. Los médicos no pueden negarle información al paciente, incluso si esto pudiera causarle un impacto indeseado. La idea de que recibir información médica sobre su salud provocará un trauma psicológico carece de fundamento. Muchos pacientes desean conocer información precisa que les ayude a tomar decisiones vitales importantes.

Sin embargo, revelar la verdad sin la debida empatía y apoyo al paciente puede tener consecuencias negativas, al igual que mentir sobre su estado. La práctica de engañar al paciente no puede sustituirse por una comunicación de la verdad que sea brusca e insensible.

¿Cómo puede ayudar al médico y al paciente la técnica de comunicar malas noticias?

Cuando a los médicos les resulta incómodo comunicar malas noticias, pueden evitar discutir información preocupante, como un pronóstico desfavorable, o infundir en el paciente un optimismo injustificado. En su lugar, es necesario identificar los valores vitales del paciente, su deseo de participar en la toma de decisiones, y prestar atención a sus sentimientos, miedos y preocupaciones. Todo ello puede motivar al paciente a participar en la toma de decisiones complejas sobre la estrategia terapéutica a seguir, especialmente cuando se prevé una baja eficacia de los programas de tratamiento. En tal caso, los médicos sentirán menos ansiedad al comunicar malas noticias y serán menos propensos al estrés y al agotamiento emocional.

El proceso de comunicar malas noticias puede concebirse como **un intento de alcanzar cuatro objetivos**. El primero es **recabar información** del paciente. Esto permitirá al médico determinar los conocimientos del paciente, sus expectativas y su disposición a aceptar las malas noticias. El segundo objetivo es **proporcionar al paciente información** acorde con sus necesidades y sentimientos. El tercer objetivo es **apoyar al receptor de las malas noticias** utilizando técnicas para reducir la tensión emocional. El objetivo final es **elaborar**, **con la participación del paciente, un plan de las próximas medidas terapéuticas**.

El logro de estos objetivos se lleva a cabo mediante la aplicación de los pasos secuenciales del protocolo, cada uno de los cuales está vinculado a una experiencia concreta. No siempre es necesario seguir todos los pasos al comunicar malas noticias, pero, cuando se siguen, es imprescindible respetar estrictamente la secuencia.

De acuerdo con los objetivos mencionados, se han desarrollado varios protocolos para comunicar malas noticias. Todos ellos constan de pasos secuenciales. Los más utilizados en la práctica médica son los métodos **SPIKES, ABCD, BREAKS y PATIENT.**

SPIKES, ABCD, BREAKS, PATIENT

El protocolo SPIKES de seis pasos

Analicemos con más detalle **el protocolo SPIKES de seis pasos**, que ha demostrado su eficacia al permitir que el paciente reciba información difícil de asimilar en un estado emocional más equilibrado. Los pasos secuenciales para comunicar malas noticias descritos en el protocolo SPIKES son los siguientes: **Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotion and Empathy, Strategy and Summary (Condiciones, Percepción, Invitación, Conocimiento, Emociones y Empatía, Estrategia y Resumen)**. Los autores del manual «Centros de excelencia en atención primaria» han traducido al ucraniano las etapas del protocolo SPIKES. En consecuencia, la metodología **PIDKH: Preparación, Información, Permiso, Enfermedad, Histeria, Ayuda continúa.**

Veamos, pues, cada paso del protocolo SPIKES por separado.

1. Establecimiento de las condiciones adecuadas

Setting up – Creación de las condiciones adecuadas — Preparación

Pregunte a la persona cuándo le resultaría más conveniente hablar sobre el diagnóstico y si desea que sus familiares o seres queridos estén presentes durante la conversación. Un elemento importante de la conversación es garantizar la confidencialidad. También es necesario reservar con antelación tiempo suficiente para la conversación y evitar que otras personas (personal médico, pacientes) la interrumpan, así como apagar el teléfono o dejarlo en otro lugar. Elija una habitación apartada, siéntese junto al paciente, demostrando que no tiene prisa, establezca una conexión y contacto visual con el paciente.

2. Evaluación de la percepción que tiene el paciente de la situación actual

Percepción de la situación/gravedad — Conciencia de la situación/gravedad del problema médico — Información

Antes de hablar, pregunte.
Cuando un médico intenta comunicar una mala noticia, le resulta más fácil partir de lo que el paciente ya sabe sobre su enfermedad. La mayoría de los pacientes son conscientes de la gravedad de su estado, y algunos incluso pueden conocer su diagnóstico. En ese caso, el médico solo tiene que confirmar la mala noticia, en lugar de comunicársela.

Averigüe qué sabe el paciente sobre su estado de salud. Pregúntele qué sabe sobre su diagnóstico actual. En esta etapa, es importante determinar el grado de comprensión que tiene el paciente de su estado. Si el paciente tiene una idea errónea sobre su estado de salud o niega la existencia de una enfermedad grave, debe aceptarse como un hecho y no entablar un diálogo en esta etapa. También es importante determinar si el paciente muestra alguna forma de negación de la enfermedad: si omite en su relato detalles «negativos» importantes de la enfermedad, tiene ideas poco realistas sobre el tratamiento, etc.

Algunos ejemplos de preguntas en esta etapa pueden ser los siguientes:

¿Qué sabe ya sobre su diagnóstico? ¿Cuál es su opinión al respecto?
¿Entiende para qué le hemos realizado pruebas como… (análisis de laboratorio para detectar marcadores tumorales, ecografía, radiografía, tomografía computarizada, resonancia magnética, biopsia)?

3. Invitación

Invitación — Animar al paciente a obtener información — Consentimiento

Pregunte al paciente si desea conocer los detalles de su estado de salud y su diagnóstico. Averigüe qué nivel de detalle necesita el paciente en cuanto a la información sobre el diagnóstico y el pronóstico. Algunas personas pueden expresar su renuencia a recibir información sobre su salud. Respete el derecho del paciente a no conocer su diagnóstico. Si así lo desea, ofrézcale explicárselo y responder a sus preguntas más adelante. Pregunte al paciente su opinión y sus deseos sobre quién podría ser la persona a la que el médico debería comunicar su diagnóstico.

Algunos ejemplos de preguntas en esta etapa pueden ser los siguientes:

Ya tengo los resultados de su examen. ¿Le gustaría que se los explicara con más detalle?
¿A quién le gustaría que le comunicara su diagnóstico?

4. Conocimiento. Comunicación de información

Conocimientos: proporcionar datos médicos — Enfermedad

Utilice un lenguaje comprensible para el paciente. Tenga en cuenta su nivel de estudios, su contexto socioeconómico y su estado emocional actual, y facilite la información en pequeñas dosis. Compruebe si el paciente entiende lo que se le dice y responda a sus reacciones a medida que surjan.

Empiece por las «señales de alarma», por ejemplo: «Cuando le hicimos la ecografía del hígado, detectamos una pequeña zona de opacidad, lo que suele ser un signo de cáncer, ¿lo entiende?».

Hable con franqueza, pero con empatía. Adáptese al ritmo del paciente. Explique la situación paso a paso, con frases cortas. Evite hablar por el simple hecho de superar su propia incomodidad. Las pausas, el silencio y las lágrimas son normales en una situación así. No hay que precipitarse, dar toda la información de golpe o en grandes cantidades; es inaceptable ser directo y grosero; no hay que abusar de los eufemismos (palabras y expresiones suavizantes o enmascaradoras), utilizar jerga médica ni dar pronósticos.

Ejemplo de un mensaje adecuado: «En la última revisión, se le realizó una biopsia y se extrajo una muestra de tejido para su análisis. Lamentablemente, los resultados de la biopsia no son alentadores. Lo siento, pero debo decirle que hemos detectado un tumor».

Recuerde que, debido a las emociones, al paciente le resultará difícil recordar toda la información proporcionada, por lo que debe repetir la información clave, utilizar imágenes gráficas o esquemas y anotar los puntos principales. Deje que el paciente le explique cómo ha entendido lo que le ha dicho. Anime a que haga preguntas y, si es necesario, repita y corrija la información.

5. Emociones y empatía

Emoción y empatía — Histeria

Muestre empatía. Reconozca las emociones del paciente y reaccione ante ellas. Preste atención al lenguaje corporal. Averigüe qué emociones preocupan al paciente. Identifique la causa principal de las emociones y dé tiempo al paciente para expresar sus sentimientos.

Ejemplos de preguntas:

¿Le ha sorprendido su diagnóstico?
Explíqueme cómo se siente.

Tenga en cuenta las manifestaciones cognitivas del duelo (por ejemplo, la negación, la culpabilización, la intelectualización, la desconfianza y la aceptación). Sea empático; es adecuado decir «lo siento» o «no lo sé». No entre en discusiones ni critique a sus colegas. No es necesario hacer promesas vacías, infundir falsas esperanzas ni resolver los problemas del paciente. Lo único adecuado es escuchar y resumir. Si la pausa se alarga, puede volver a preguntar por las emociones:

¿Cómo se siente ahora tras recibir estas noticias? ¿Qué es lo que más le preocupa?
¿Qué es lo que más le preocupa?

6. Estrategia (plan) y resumen

Strategy and Summary — Estrategia y resumen — Ayuda adicional

El médico resume la consulta, destacando los puntos principales del acuerdo alcanzado entre él y el paciente. Se formulan brevemente los planes de tratamiento y cuidados para el futuro. **Es necesario centrar la atención en los ajustes prácticos y psicológicos en la vida cotidiana de la persona.** Es recomendable plasmar por escrito las decisiones tomadas de común acuerdo, ya que la percepción de los pacientes en estas situaciones puede verse afectada.

Ofrezca la posibilidad de ponerse en contacto con usted en cualquier momento y mantenga una visión optimista del futuro.

Pregunte al paciente a qué familiares o seres queridos desea comunicar su diagnóstico. Sugiérale que acuda a la próxima cita acompañado de ellos. Asegúrese de fijar una fecha para la próxima cita y compruebe que el paciente se encuentra bien una vez que salga de su consulta. Es importante averiguar si alguien puede ayudarle a llegar a casa y prestarle apoyo y asistencia una vez allí.

Además, se debe asegurar al paciente de que el médico participará activamente en todos los planes futuros relacionados con el posible tratamiento y cuidados.

Por lo tanto, al final de la consulta, llegue a un acuerdo con el paciente sobre los pasos a seguir, resuma sus sentimientos y averigüe con qué emociones se marcha. Es fundamental crear un ambiente de confianza y comprensión para que la persona sienta que no se queda sola ante una situación difícil.

Al comunicar malas noticias, es necesario utilizar todas las técnicas **de asesoramiento centrado en el paciente**, mostrarse empático, reconocer las emociones, no temer las lágrimas ni el silencio, mantener el contacto visual, proporcionar la información en pequeñas dosis y con frases sencillas, repetir y aclarar, comprobar periódicamente que se ha entendido y dar tiempo para reaccionar. Pregunte qué es lo que más teme el paciente. Identificar los miedos del paciente ayudará a determinar qué tipo de ayuda necesitará en el futuro. Se puede utilizar el contacto físico si le resulta natural. Hay que ser sincero y decir la verdad. Si no está seguro de algo, diga que lo averiguará y se lo comunicará al paciente más tarde.

Comunicar malas noticias es una forma de comunicación compleja que requiere habilidad. Es subjetivo determinar qué cantidad de información veraz es necesario transmitir al paciente. Sin embargo, una comunicación bien estructurada y organizada, que respete los principios generales de la consulta centrada en la persona, tiene un efecto terapéutico positivo.

CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

Según los datos de las investigaciones, más de dos tercios de los encuestados desearían fallecer en casa, rodeados de sus familiares y seres queridos. Sin embargo, a menudo ocurre que los pacientes deben afrontar la muerte en el hospital. En cualquier caso, es muy importante respetar los principios fundamentales de la dignidad al final de la vida. Todo el mundo tiene derecho a saber que su enfermedad es incurable y que su muerte es inminente. Es importante, en la medida de lo posible, hablar con el paciente sobre su enfermedad, preguntarle su opinión, obtener su consentimiento para informar a sus familiares y seres queridos sobre el pronóstico de la enfermedad, involucrarlo en la toma de decisiones importantes relacionadas con la atención médica y ayudarle a tomar decisiones. La única excepción pueden ser los casos de incapacidad de la persona. Si el paciente ha decidido morir en casa, el centro médico debe organizar su traslado y ponerse en contacto con el médico de familia para que le preste asistencia médica a domicilio. No es habitual que las personas reflexionen sobre cómo reaccionarán ante la noticia de que, como consecuencia de ciertos cambios, se están acercando a la muerte.

En una conversación con un paciente terminal, se pueden plantear las siguientes preguntas:

¿Ha pensado en la muerte?
¿Quiere que le explique que pueden producirse esos cambios?

También conviene convencer al paciente de que hará todo lo posible para que él o ella no sienta dolor. Es necesario asegurarle al paciente que le ayudará a sentirse cómodo y tranquilo.

En los hospitales se recomienda alojar a los pacientes que esperan la muerte en habitaciones individuales. Se debe garantizar la privacidad y la comodidad de los pacientes al final de la vida y de sus seres queridos.

El principal temor de la mayoría de las personas con enfermedades incurables es el miedo al dolor, por lo que, con el fin de reducir el sufrimiento de los pacientes, debe garantizarse una terapia analgésica adecuada. Es conveniente ofrecer a los pacientes en fase terminal y a sus familiares apoyo informativo, psicológico y espiritual.

Cinco recomendaciones sobre cómo comunicarse con un enfermo terminal, extraídas del libro de Anastasia Leukhina «Un libro nada aterrador sobre la vida, la muerte y todo lo que hay entre ambas»:

- No asumas el papel principal en la conversación.
- Cuando sea oportuno, demuestre que es consciente de que se acerca el final.
- Habla de tu amor.
- No dejes las palabras de despedida para el último momento.
- El contacto físico también puede transmitir emociones.

Es importante recordar **las normas de acceso a los pacientes en las unidades de cuidados intensivos** de nuestro país. De conformidad con la Orden del Ministerio de Sanidad n.º 592, de 15 de junio de 2016
«Sobre la aprobación del Reglamento de admisión de visitantes a pacientes que se encuentran en tratamiento hospitalario en la unidad de cuidados intensivos», se autoriza el acceso a los pacientes de todas las unidades, bloques y salas de cuidados intensivos de todos los centros sanitarios las 24 horas del día, los siete días de la semana. Un visitante puede permanecer junto a la cama del paciente sin restricciones de tiempo. No pueden estar junto al paciente más de dos personas al mismo tiempo. Puede ser visitante cualquier persona, independientemente de su relación familiar.

NOTIFICACIÓN DE FALLECIMIENTO

Se debe informar a los familiares del paciente de su fallecimiento —la muerte de un ser querido— lo antes posible, a más tardar una hora después de que se haya constatado el fallecimiento. El médico responsable debe comunicar personalmente la noticia del fallecimiento.
En los casos en que los familiares no se encuentren en el centro médico, se les informará por teléfono de la necesidad de acudir inmediatamente al hospital.
Al comunicar el fallecimiento de un ser querido, lo primero que hay que hacer es ofrecer a la persona un asiento. A continuación, hay que informar del fallecimiento. No es necesario proporcionar a la persona una gran cantidad de datos adicionales, ya que, de todos modos, su capacidad para asimilar la información se ve mermada. Se le puede ofrecer un vaso de agua y preguntarle qué piensa hacer a continuación.

Hay que tener en cuenta que algunas personas necesitarán apoyo psicológico. No hay que presionar ni hacer muchas preguntas, y mucho menos culpar a los familiares del paciente por su fallecimiento. Es importante tener en cuenta los valores espirituales y morales, así como las tradiciones culturales y nacionales [20] del paciente y su familia.

En resumen, comunicar malas noticias forma parte de la práctica médica diaria. Una mala noticia siempre es una mala noticia, por muy bien que se comunique. Sin embargo, la forma en que se transmite puede tener un profundo impacto tanto en el receptor (el paciente) como en quien la comunica (el médico). Si el procedimiento de comunicación no ha sido adecuado, esto empeora el estado del paciente, su calidad de vida, y en el futuro será imposible el contacto con el profesional sanitario. Una mala comunicación tiene consecuencias nefastas, mientras que una buena comunicación cura al paciente. La falta de una preparación adecuada del médico provocará su distanciamiento emocional de los pacientes. Las habilidades de comunicación pueden mejorarse mediante programas de formación y talleres prácticos. Dar malas noticias es una habilidad práctica que deben dominar todos los profesionales sanitarios.

ESTADOS EMOCIONALES DE CRISIS

Un estado de crisis es el estado mental y psicológico de una persona que ha sufrido un trauma psicológico o se encuentra bajo la amenaza de un posible evento traumático. Este estado se caracteriza por una sensación de nerviosismo y ansiedad de diversa intensidad; una fijación en la situación traumática; sentimientos de impotencia y desesperanza; una valoración pesimista de uno mismo, de la situación actual y del futuro; y dificultades para planificar actividades. Los estados de crisis pueden

experimentarse tanto en situaciones extremas como en la vida cotidiana bajo la influencia de acontecimientos estresantes.

Las crisis son:

- una situación crítica (extraordinaria) en la que es necesario actuar de inmediato (ataque al corazón, accidente de tráfico, incendio);
- una situación que exige un cambio en el estilo de vida o la toma de decisiones que tendrán un efecto a largo plazo (el diagnóstico de una enfermedad crónica, un cambio de trabajo, la búsqueda (encuentro) de una pareja);
- el resultado de métodos ineficaces o poco sensatos para superar la situación, que se utilizan al enfrentarse a las situaciones mencionadas anteriormente.

Una crisis se produce cuando una persona se enfrenta a obstáculos que le impiden alcanzar sus objetivos vitales, obstáculos que, en ese momento, resultan insuperables e ineludibles si se recurre a los métodos habituales para resolver el problema.

La crisis psicológica es una alteración del equilibrio afectivo-cognitivo de la actividad psíquica, provocada por circunstancias externas. Se caracteriza por una desorganización de la vida, cuyo nivel es proporcional al grado de alteración de las capacidades de adaptación de la persona; por un desequilibrio entre las tendencias constructivas y destructivas en la actividad psíquica, lo que da lugar a la formación de un comportamiento agresivo o autoagresivo.

Por lo general, una crisis psicológica dura entre cuatro y seis semanas. Se trata de un periodo de mayor vulnerabilidad psicológica de la persona, pero con posibilidades de crecimiento y desarrollo personal.

Las personas que ingresan en un centro sanitario probablemente estén experimentando ansiedad, y algunas, una verdadera crisis. Hay que tener en cuenta que cada uno recorre su propio camino, diferente al de los demás.

La vida de una persona siempre está ligada a las pérdidas. Tarde o temprano, todo el mundo sufre una pérdida (de capacidad laboral, de salud, de relaciones, de vivienda, de dinero, del futuro soñado, del trabajo, etc.), lo que puede provocar un cambio radical en su forma de vida. Cualquier pérdida va siempre acompañada de experiencias psicológicas, pero los acontecimientos más trágicos para una persona están relacionados con la pérdida de seres queridos.

Gore–universalnelyudskep experiencia, reacción ante la pérdida
significativo objeto, parte de la identidad o o la identidad futuro;
esperada
esta experiencia incluye dolor emocional, tristeza, ira, impotencia, sentimientos de culpa y desesperación.

Pero solo se puede superar el sufrimiento viviéndolo. Es decir, el sufrimiento, o «el trabajo del duelo» (E. Lindeman), es un proceso natural necesario para llorar la muerte de un ser querido y superar la pérdida, liberarse de ella, adaptarse a la realidad de la vida y construir nuevas relaciones con las personas y con el mundo.

SÍNDROME DE DUELO AGUDO: conjunto de síntomas psicológicos que se desarrolla tras la muerte de una persona especialmente significativa. Se manifiesta:

- una intensa sensación de sufrimiento físico (ataques de ahogo, taquicardia, debilidad muscular, pérdida de apetito);
- tensión emocional con posible desarrollo de una reacción de shock;
- obsesión por la imagen de la pérdida, con una posible percepción ilusoria de la realidad;
- sentimiento de culpa hacia el fallecido;
- agresividad, hostilidad hacia otras personas;
- cambio de comportamiento, acciones inapropiadas, condicionadas por el estrechamiento de la esfera motivacional;
- identificación con la pérdida.

En 1958, la psiquiatra suiza Elisabeth Kübler-Ross comenzó a trabajar en hospitales estadounidenses y quedó impresionada por la ausencia de métodos de ayuda psicológica para los enfermos terminales y sus familiares y seres queridos. «Todo estaba despersonalizado, la atención se prestaba exclusivamente al aspecto técnico del asunto», dijo en 1983 en una entrevista en la BBC. «Los pacientes terminales estaban abandonados a su suerte, nadie hablaba con ellos».

En 1969 se publicó el libro de Kübler-Ross «Sobre la muerte y el morir», en el que la autora citaba expresiones típicas de sus pacientes y describía los cinco estados emocionales por los que pasan los pacientes con un diagnóstico potencialmente mortal. Estos son la negación, la ira, el regateo, la depresión y la aceptación.

La primera emoción que siente una persona al enterarse de un diagnóstico terminal es **la negación**: «No puedo creerlo», «¡No puede ser!», «¡A mí no me pasa a mí!». Por lo general, se trata solo de una reacción defensiva temporal de la persona, para tener tiempo de adaptarse y tomar medidas importantes, una forma de aislarse de la triste realidad, tanto de manera consciente como inconsciente. Los principales signos de la negación son: la renuencia a hablar del problema, el aislamiento, los intentos de fingir que «todo va bien» y la incredulidad ante el hecho de que la tragedia haya ocurrido realmente. Por lo general, una persona que se encuentra en esta etapa del duelo intenta reprimir sus emociones para no derrumbarse ante su intensidad, pero tarde o temprano los sentimientos reprimidos brotan y comienza la siguiente etapa: **la etapa de la ira.**

«¿Por qué me ha pasado esto a mí? ¡Es injusto!», «¡No! ¡No puedo aceptarlo!». La ira, y a veces incluso la furia, provocadas por la indignación y la desesperación ante un destino injusto y cruel. La ira se manifiesta de diversas formas: la persona puede enfadarse consigo misma, con otras personas concretas o simplemente con la situación. Es importante no juzgar a la persona que atraviesa esta etapa, no provocar discusiones. Hay que recordar que la causa de la ira de la persona radica en el dolor y que se trata solo de una etapa temporal.

A continuación viene **el periodo de la negociación**: es un periodo de esperanza, la persona se consuela pensando que el suceso trágico se puede cambiar o evitar mediante la celebración de pactos con Dios, con la vida. La persona piensa, por ejemplo, así: «Si prometo hacer esto (o no hacerlo), entonces Tú, Señor, no permitirás estos cambios en mi vida». A veces, las negociaciones adoptan la forma de supersticiones: la persona recurre a métodos de curación no tradicionales, curanderas, videntes, participa en ritos religiosos, creyendo que gracias a ello todos sus problemas desaparecerán.

Tras la fase de negociación llega **la depresión**: «No quiero nada», «Soy tan infeliz, nada me interesa», «Todo es horrible… ¿Para qué seguir intentándolo?». Cuando una persona que está pasando por un duelo comprende que las negociaciones no dan resultado, que los cambios trágicos son reales, cae en un estado de abatimiento, de depresión, y pierde su fuerza vital. Esta es una etapa necesaria del duelo para dejar de gastar energías en intentos inútiles de cambiar la situación y reservarlas para cambios futuros.

Finalmente llega **la etapa de la aceptación**: «No puedo cambiar esto, pero puedo vivir con ello», «Aún tengo tiempo para hacer realidad mis sueños más anhelados». Cuando una persona comprende que los acontecimientos trágicos son irreversibles (el difunto no volverá), se acerca a la etapa de la aceptación. No se trata de un estado de felicidad, sino más bien de una aceptación resignada de los hechos y de la sensación de que debe vivir con ello.

Aceptar. En esta etapa, las personas comienzan, por primera vez en todo el proceso de duelo, a valorar las perspectivas. Aunque resulte difícil, hay que seguir adelante. Aunque Kübler-Ross no incluyó la esperanza en su lista de las cinco etapas, consideraba que la **esperanza** es un hilo conductor importante que une todas las etapas del duelo. La esperanza da fe en posibles cambios positivos, en que todo tiene un sentido especial que comprenderemos con el tiempo: tarde o temprano, todo pasa.

Tras el libro de Elisabeth Kübler-Ross, que se convirtió inmediatamente en un éxito de ventas, se escribieron miles de trabajos científicos en los que la teoría de las cinco etapas se aplicó a diferentes personas y situaciones.

«Los enfermos terminales pueden enseñarnos todo: no solo cómo morir, sino también cómo vivir», dijo Kübler-Ross en 1983. Fundó hospicios en muchos países (el primero de ellos en 1999 en los Países Bajos). La revista Time la incluyó en la lista de los cien pensadores más importantes del siglo XX.

Lo que el paciente tiene que pasar, sentir y aprender al recibir malas noticias:

1. Al recibir el diagnóstico: shock, negación, indignación o estupor. Este estado suele durar tres días.

2. La necesidad de lidiar con las emociones que provoca la enfermedad: miedo, pánico, ira, desesperación, tristeza, culpa, vergüenza, etc.

3. Comprender, asimilar y memorizar mucha información compleja y a menudo incomprensible.

4. Relacionarse con diferentes médicos y enfermeras, cada uno con su propio carácter y estado de ánimo, y que también se encuentran en una situación de estrés.

5. Comprender las estadísticas relacionadas con el pronóstico de su enfermedad.

6. Hacer frente a la incertidumbre y la inseguridad sobre el futuro sin perder la esperanza.

7. Establecer una relación de confianza con el médico y el personal de enfermería, y mantenerla a lo largo de todo el tratamiento.

8. Tomar decisiones sobre el tratamiento, aun cuando el resultado sea impredecible.

9. Aprender a comportarse de otra manera, aprender a mantenerse, en cierto sentido, sano en una situación de enfermedad.

10. Perder muchas de las antiguas relaciones sociales, funciones sociales y familiares, y vivir estas pérdidas.

11. Participar en la nueva construcción del sistema familiar y experimentar las emociones asociadas a ello: culpa, vergüenza, miedo, resentimiento, desesperanza, esperanza, un nuevo nivel de confianza.

AYUDA PSICOLÓGICA EN CASO DE UNA PÉRDIDA GRAVE

La pérdida de un ser querido es siempre una crisis.
Una crisis es una situación aguda o un momento en
el que hay que tomar una decisión, un punto de inflexión,
un momento muy importante.

Glennis Perry, «La crisis vital»

La situación de pérdida se caracteriza por la confusión y el estrés; las personas en situaciones de crisis experimentan sentimientos negativos: miedo, culpa, desesperación, etc. Antes de describir las particularidades del asesoramiento en casos de crisis relacionadas con la pérdida o la muerte de un ser querido, expondremos **los principios básicos de dicho asesoramiento (intervención en crisis)**:

1. La persona a la que se le presta ayuda psicológica en un momento de crisis es competente en lo que respecta a su propia vida y es capaz de tomar decisiones.

2. Durante la intervención de crisis, el especialista participa activamente en todo lo que le ocurre a la persona afectada para evaluar la situación y elaborar un plan de acción.

3. El objetivo mínimo de la intervención de crisis es evitar la catástrofe; el objetivo fundamental es restablecer el equilibrio; el objetivo final prevé la vida futura de la persona.

4. El especialista debe brindar apoyo, «estar con la persona», es decir, ayudarla emocionalmente a superar el proceso de duelo.

5. Es necesario mantener el equilibrio entre la autonomía de la persona y su necesidad de apoyo.

La aceptación de la pérdida es un proceso natural y prolongado, y no debe acelerarse. La persona necesita mecanismos de defensa, especialmente en la fase inicial del «proceso de duelo», cuando aún no está preparada para aceptar la muerte y pensar en ella de forma realista. Por eso, el profesional debe permitir que la persona recurra a la negación u otros mecanismos de defensa psicológica. El papel de oyente es la mejor táctica a la hora de trabajar con una persona que está pasando por una pérdida. Estar al lado de la persona afligida y escucharla es el apoyo más importante. No se debe consolar de forma superficial a una persona que está de duelo. La incomodidad y las frases formales conducen a una situación incómoda: hay que dar a la persona la oportunidad de expresar cualquier sentimiento y aceptarla con tolerancia. Otra tarea muy importante del profesional es enseñar a los familiares a reaccionar correctamente ante el duelo de la persona que está pasando por una pérdida. La ayuda psicológica debe prestarse de acuerdo con las etapas del duelo.

Ayuda en la fase de shock

En esta etapa, la persona suele necesitar cuidados intensivos. Es necesario estar cerca de quien ha sufrido la pérdida, sin dejarla sola. Es mejor mostrar el cariño y la atención mediante gestos táctiles. Así es como las personas expresan su condolencia cuando les faltan las palabras. Incluso un simple apretón de manos es mejor que un frío aislamiento.

Cabe destacar que, durante el periodo de duelo, el sufrimiento se alivia con la presencia de familiares y amigos; lo importante no es su ayuda activa, sino la fácil disponibilidad de los seres queridos durante las primeras semanas, cuando el dolor es más intenso. No hay que dejar sola a la persona que está pasando por una pérdida, pero tampoco hay que «sobrecargarla» con cuidados: el gran dolor solo se supera con el tiempo. La persona afligida necesita visitas constantes, pero discretas, y buenos oyentes.

Ayuda en la fase de duelo agudo

Hay que hablar del difunto, de las causas de su muerte y de los sentimientos que este suceso despierta en las personas. Es necesario preguntar por el difunto, escuchar los recuerdos que se tienen de él y las historias sobre su vida. En caso de muerte violenta o repentina, hay que discutir repetidamente y en detalle todos los pormenores del trágico suceso hasta que pierdan su carácter terrible y traumático; solo entonces la persona que ha perdido a un familiar o ser querido podrá llorar al difunto. Es necesario darle la oportunidad de desahogarse llorando, sin intentar consolarla. Poco a poco, se debe ir incorporando a la persona a las actividades cotidianas.

Ayuda en la fase de recuperación

Hay que ayudar a la persona a reincorporarse a la vida cotidiana y a planificar el futuro. Dado que la persona puede volver en repetidas ocasiones a revivir las emociones del periodo más intenso, es necesario darle la oportunidad de volver a hablar del difunto. El duelo y el llanto son una reacción adecuada ante la muerte; son aceptables, necesarios y no se deben reprimir. El proceso de duelo dura el tiempo que la persona necesite para superar la dura pérdida. Pueden resultar útiles algunas técnicas que ayudan al profesional a trabajar con éxito con la pérdida, en particular:

- el uso de objetos (por ejemplo, fotografías, objetos personales, etc.) que ayuden a la persona que ha sufrido la pérdida a mantener el proceso de duelo;
- el uso de la arteterapia;
- preguntas repetidas;
- ejercicios que animan a la persona a ver la relación de forma realista, por ejemplo, elaborar listas de los rasgos positivos y negativos del difunto;
- cartas al difunto;
- reestructuración del comportamiento, por ejemplo, reducir las visitas al cementerio u otros lugares de recuerdo, y aumentar el número de visitas a lugares donde haya personas que necesiten ayuda externa.

En general, el proceso de duelo se desarrolla en el marco de las relaciones con familiares y seres queridos.

PARTE 2. TAREAS PRÁCTICAS

En las clases con los estudiantes es recomendable utilizar material audiovisual, el trabajo en grupos reducidos y juegos de rol, eligiendo enfermedades como la cirrosis hepática, la artritis reumatoide, la diabetes mellitus, el asma bronquial y la enfermedad renal crónica.

En las clases con cadetes, es más conveniente realizar un debate tipo «acuario» o trabajar en pequeños grupos para debatir el cumplimiento de los principios básicos a la hora de comunicar malas noticias.

Casos para debatir

Caso 1

de «El libro amarillo», obra de Anastasia Leukhina titulada «Un libro nada aterrador sobre la vida, la muerte y todo lo que hay entre ellas» (pág. 114)

Historia sobre Maksimko y su madre, quien se comunicó a sí misma su muerte:

«A las 9:15 de la mañana suena el teléfono en casa. El día anterior, nuestro pequeño Maksimko, de dos días, ingresó en la UCI.

— ¿Es usted Anastasia Gennadievna Leukhina?

— Sí.

— Le llaman desde el hospital infantil. Traiga urgentemente sus pasaportes y el certificado de matrimonio.

Y enseguida me doy cuenta de que no me piden que lleve dinero ni medicinas, lo que significa que ya no es necesario. Solo queda resolver algunos trámites burocráticos. Así que Maksimka ya no está.

— ¿Ha fallecido? —pregunto. En

respuesta, silencio. Y luego:

— Le esperamos con los documentos lo antes posible.

La abuela de Maksim estuvo toda la noche de guardia en las frías escaleras frente a la unidad de cuidados intensivos cerrada. Murió cuando ella estaba detrás de la puerta, pero no le
, no le dejaron despedirse. A mi marido y a mí tampoco nos lo dijeron, en realidad. Simplemente nos dejaron adivinarlo.

«¿Por qué los médicos no quieren dar malas noticias?»

Caso 2

Un hombre de 60 años acudió a un gastroenterólogo en busca de asistencia médica debido a un empeoramiento de su estado general de salud. Le preocupan una marcada debilidad general, sabor amargo en la boca, náuseas, vómitos ocasionales, eructos con olor a podrido, falta de apetito, aversión a la carne, pesadez constante y dolor sordo y periódico en el hipocondrio derecho. Los síntomas aparecieron unas 2 o 3 semanas después de tratarse un resfriado. Según el paciente, hace 6 meses fue operado en un centro quirúrgico de la capital por una úlcera gástrica. Tras la operación se sintió bien. No hay documentación médica. Insiste en que su estómago está bien y que, en su opinión, la causa de los problemas es el hígado.

En la exploración objetiva, se palpa en la cavidad abdominal una masa tumoral, densa y sensible. El hígado está agrandado, duro, heterogéneo y nodular. Se prescriben al paciente métodos de exploración adicionales. Análisis de sangre completo: anemia, VSG elevada; análisis de bilis: aumento de bilirrubina y transaminasas. En la ecografía se observan múltiples lesiones metastásicas en el hígado.

Se ha informado al paciente sobre la progresión de la enfermedad. El paciente se comporta de manera grosera y desafiante, insinúa que el personal médico no está bien cualificado y se niega rotundamente a someterse a una endoscopia digestiva alta, una tomografía computarizada o a consultar con un cirujano oncólogo o un quimioterapeuta, alegando que el cirujano que lo operó (el profesor) le aseguró que después de la operación viviría más de 10 años. Los médicos le proponen que abandone el centro médico y vuelva a acudir a su médico de cabecera en Kiev.

Preguntas para el debate:

¿En qué fase de aceptación de malas noticias se encuentra? ¿Es correcta la actuación del personal sanitario?

Caso 3

Mujer de 38 años, segundo parto, prematuro (30 semanas). El bebé nació vivo. El bebé permaneció en la unidad de cuidados intensivos sin su madre y falleció a las 32 horas. El médico le comunicó la muerte del bebé con una sola frase:
«Su bebé ha fallecido». El cuerpo del bebé fue entregado al padre. A la mujer le dieron el alta del hospital dos días después. El marido le dijo que le había dado miedo y le había dolido mucho enterrar al bebé. Le propuso que lo hiciera ella misma. La mujer enterró a su bebé sola. Ha pasado un mes. La mujer no habla con sus familiares (su marido, su suegra, su hija) ni con sus amigos. Cuando se encuentra con conocidos, se da la vuelta y se marcha.

Preguntas para el debate:

¿En qué fase del duelo se encuentra?
¿Por qué el médico le comunicó a la mujer la pérdida precisamente de esa manera?
¿Cómo se debe trabajar con la mujer y sus familiares en una situación de pérdida perinatal?

Caso 4

Acude al médico responsable la esposa de un paciente que ha sufrido un ictus hemorrágico y acaba de salir de un coma cerebral. Se le explica a la esposa la gravedad de las secuelas de esta enfermedad, que su marido no podrá caminar, y posiblemente tampoco sentarse, que necesitará cuidados constantes de terceros y que su estado mental también se ha visto alterado. La esposa se siente desorientada. Quiere que su marido viva, a pesar de los problemas de carácter físico y mental, llora y asegura que hará todo lo posible por él y que, de todos modos, él volverá a caminar.

Preguntas para el debate:

¿En qué fase de aceptación de las malas noticias se encuentra?
¿Qué consejos es mejor dar a la esposa del enfermo?
¿Qué equipo se debe formar para prestar asistencia médica al paciente?

Caso 5

del «Libro amarillo» —el libro de Anastasia Leukhina «Un libro nada aterrador sobre la vida, la muerte y todo lo que hay entre ellas» (pág. 55)

La historia de Tatiana, la noticia en el sobre y el plan

«Es médica. Una de las mejores ginecólogas-endocrinólogas de Kiev. …Ella misma se detectó un nódulo y fue a hacerse una mamografía. Acudió a una clínica privada para no encontrarse ni con sus colegas médicos ni con sus pacientes. «Esperaba el resultado de la mamografía en el pasillo a las diez de la mañana. Salió a mi encuentro la asistente del médico y, en silencio, me entregó un sobre con el diagnóstico de «cáncer» en su interior. A pesar de que ya sabía lo que me pasaba, de que soy una persona culta e informada, rompí a llorar cuando abrí el sobre y leí el diagnóstico. Hace unos minutos, el médico vio el tumor, escribió las palabras «cáncer de mama» y sus conclusiones, pero ¿por qué no fue capaz de decírmelo personalmente? Porque entonces, incluso unas pocas palabras de apoyo me habrían servido de consuelo. Y entregar el sobre en silencio y dejar a la paciente con un diagnóstico tan terrible es cruel».

Preguntas para el debate:

¿Por qué los médicos no quieren dar malas noticias?
¿Cuáles son las principales necesidades del paciente cuando se le comunican malas noticias?

Caso 6

del «Libro amarillo», el libro de Anastasia Leukhina «Un libro nada aterrador sobre la vida, la muerte y todo lo que hay entre ellas» (pág. 60)

La historia de la madre de Anya y de lo importante que es encontrar especialistas competentes y estar a su lado

«…Dolores de cabeza, vómitos, sangrado nasal… Su estado no hacía más que empeorar. Mi hijo se desmayaba y gritaba de dolor… Ese médico era neurocirujano y trabajaba en el hospital regional para adultos de Kirovograd (ahora Kropyvnytskyi). Y ahí fue cuando todo se desató: «¡Mamá, ¿dónde tienes la cabeza? ¡El niño tiene un tumor en la cabeza y tú no haces nada! ¿Dónde has estado mirando hasta ahora? ¡Llévalo urgentemente a Kiev, al Instituto de Neurocirugía!»

Pregunta para debatir:

¿Cómo valoras que un médico comunique malas noticias?

LIBROS Y PELÍCULAS SOBRE CRISIS VITALES

Libros

Frederika de Graaf, «No habrá separación» Anna
Danilova, «De la muerte a la vida»
Víctor y Rosemary Zorsa, «El camino hacia la muerte. Vivir hasta el final»
Anastasia Leukhina, «Un libro nada aterrador sobre la vida, la muerte y todo lo que hay entre ellas»
Henry Marsh, «Historias sobre la vida, la muerte y la neurocirugía» Joanna
Saliga, «El pañuelo»
Sheryl Sandberg, «Plan B»
Antonio de Surozh, «La vida. La muerte. La enfermedad» Eric-
Emmanuel Schmitt, «Oscar y la señora de rosa»
Irvin Yalom, «Mirando al sol. Vivir sin miedo a la muerte»

Películas

«Las estrellas son culpables» (dir. Josh Boone), EE. UU., 2014
«El universo de Stephen Hawking» (dir. James Marsh), Reino Unido, Japón, EE. UU., 2014
«Lo importante es no tener miedo!» (dir. Nicole Kessel), EE. UU., 2011
«Respira por nosotros» (dir. Andy Serkis), Reino Unido, 2017
«El doctor» (dir. Randa Haines), EE. UU., 1991
«Tocando el cielo» (dir. Thomas Jan), Alemania, 1997
«La vida es bella» (dir. Jonathan Levine), EE. UU., 2011
«A cinco pasos del amor» (dir. Justin Baldoni), EE. UU., 2019
«Mi vida sin mí» (dir. Isabel Coixet), España, 2003
«No te rindas» (dir. Gus Van Sant), EE. UU., 2011
«Apresúrate a amar» (dir. Adam Shankman), EE. UU., 2002
«Dulce noviembre» (dir. Pat O'Connor), EE. UU., 2011 (también adaptación cinematográfica anterior de la obra de teatro de Herman Raucher «Dulce noviembre», dir. Robert Ellis Miller, EE. UU., 1968)
«La tercera estrella» (dir. Hetty Dalton), Reino Unido, 2010
«Si me quedo» (dir. R. J. Cutler), EE. UU., 2014

Preguntas para el diario reflexivo:

¿Qué siente el paciente cuando le dan malas noticias? ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de que los familiares permanezcan en la unidad de cuidados intensivos?

Presentación del tema en el enlace:

bit.ly/3Di0ybj

Versión completa de la clase en el enlace:

bit.ly/3ombqk4

TEMA 7

Conflictos y conversaciones difíciles


ONE

TEMA 7

PACIENTES EN SITUACIONES COMPLEJAS. CONFLICTO

Material cuidadosamente elaborado por Yulia Turpakova y Natalia Galiash



Natalia Galiash, profesora adjunta del Departamento de Pediatría, Universidad Nacional de Medicina de Ternópil «Iván Gorbachevsky»



Yulia Turpakova, profesora de disciplinas de pediatría, Academia Médica de Rivne

OBJETIVOS DIDÁCTICOS

Actitudes	Conocimientos	Habilidades
El enfoque centrado en la persona como base de la filosofía de las relaciones con el paciente.	Qué es un conflicto, sus causas, las principales estrategias de prevención y cómo actuar en situaciones conflictivas;	Demostración de una comunicación empática eficaz, evitando tipos de comunicación y comportamientos conflictivos;
	situaciones en las que el paciente puede convertirse en «difícil». Búsqueda de un enfoque eficaz para tratar a pacientes en estados emocionales de crisis.	evaluación del estado emocional de los pacientes;
		comunicación con pacientes en estados emocionales complejos;
		resolución de conflictos mediante la solución de problemas;
		demostración de empatía.

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Parte organizativa – **5 min.**
Evaluación del nivel inicial de conocimientos (prueba de control): **10 min.** Breve repaso del material teórico (miniconferencia). Alternativa: interrogatorio oral/actividad interactiva/proyección de vídeo: **20 min.**
Análisis de casos en vídeo – **40-45 min**. Opción propuesta: debate de los casos en pequeños grupos.
Juego de roles – **15 min**. (preparación de todos los grupos y presentación de la primera situación).
Debriefing – **20 min**.
Presentación de la segunda situación: **5 minutos**.
Repaso posterior: **20 minutos.**
Presentación de la tercera situación: **5 min.**
Nueva sesión de análisis – **20 min.**
Prueba final de evaluación de los conocimientos teóricos – **5 min.**
(si se desea).
Resumen y anuncio de calificaciones: **10 min. Total: 180 minutos.**

Materiales de la clase

PARTE 1. MATERIALES TEÓRICOS

Tabla 6.

Cinco estrategias de comportamiento en conflictos (según Thomas Kilman)

	Esencia de la estrategia	Consecuencias
Evitar: «No veo ningún conflicto»	Negación de la existencia de una situación conflictiva	El oponente se siente cada vez más ofendido y, al final, puede tomar una decisión impulsiva
Adaptación/concesión	Renuncia a los propios intereses en beneficio del oponente	La parte que cede «enseña» a su pareja que no es necesario tener en cuenta sus intereses. Estas reglas del juego se aceptan y, a partir de ese momento, los intereses de la parte que tiende a renunciar a ellos ya no se tienen en cuenta
Compromiso	Concesión mutua: renuncia a parte de los propios intereses a condición de que la otra parte también renuncie a parte de los suyos	Todos se sacrifican, por lo que nadie queda plenamente satisfecho. Cuando no hay tiempo para negociar, el compromiso puede no ser la mejor solución, pero sí una aceptable y rápida
Competencia	Cada uno defiende sus intereses, recurriendo a todos los medios para alcanzar el objetivo: coacción, presión, manipulación, chantaje. Los intereses del oponente no se tienen en cuenta	Este modelo es bastante frecuente, pero resulta muy destructivo para las relaciones. Su consecuencia es un clima psicológico negativo y hostil
Cooperación	Ambas partes realizan esfuerzos activos para alcanzar el objetivo	No siempre, pero la mayoría de las veces esta estrategia es la más eficaz. Permite satisfacer al máximo los intereses de las partes en conflicto y preservar (y a veces incluso mejorar) las relaciones entre los oponentes. Requiere tiempo y, al menos, una mínima disposición de los oponentes a llegar a un acuerdo y a iniciar las negociaciones

Principales estrategias tácticas en un conflicto

Los especialistas en conflictos han establecido las siguientes reglas para facilitar la resoluciónconstructiva resolución de una situación de conflicto:

1. Intenta evaluar adecuadamente tu propio comportamiento en una situación de conflicto.
2. Observe la situación problemática desde el punto de vista de la otra persona.
3. Evita juzgar las acciones y las declaraciones de la otra persona.
4. Controle sus emociones.
5. Invite a la otra persona a debatir los temas controvertidos, incluso cuando usted pueda tomar la iniciativa.
6. Tenga en cuenta la posibilidad de que la información se distorsione durante su transmisión.

Los psicólogos proponen las siguientes estrategias para contribuir a una resolución más constructiva de una situación tensa:

- persuasión racional (uso de hechos y lógica para respaldar su postura);
- comportamiento amistoso (crear en el oponente la impresión de que posee cualidades positivas);
- tácticas de coalición (solicitar apoyo, proponer alianzas);
- la negociación de acuerdos (intercambio mutuo de beneficios, promesas);
- controlar la atención del oponente;
- crear un efecto sorpresa si la comunicación se desarrolla según un guion destructivo.

Todo esto ayudará a los oponentes a calmarse y evaluar la situación, para luego tomar una decisión meditada.

Consejos para lograr relaciones sin conflictos:

- No discuta por tonterías.
- No discuta con quien no vale la pena discutir (el interlocutor es incómodo y terco), ni con quienes no tienen intención de discutir contigo.
- No discutas con alguien para quien discutir es más importante que averiguar y resolver el problema.
- Método para resolver conflictos mediante la resolución de problemas.
- Evita ser tajante y brusco durante la discusión.
- Evita los monólogos y pasa al diálogo; así no habrá tiempo para discusiones.

Secuencia de acciones

1. Identifique el problema en términos de objetivos, y no las decisiones (es decir, no se centre en la lucha contra las consecuencias del problema, sino que formule el objetivo en aras de superarla y establecer la dirección a seguir).
2. Una vez aclarada la esencia del problema, considere las siguientes opciones para resolverlo, que satisfagan, en cierta medida, a todas las partes interesadas.
3. Concéntrate en el problema, y no en las cualidades del oponente (los ataques personales agravan y agravan el conflicto).
4. Cree un ambiente de confianza mejorando el intercambio de información y la influencia mutua.
5. Durante la comunicación, intente alcanzar un resultado, pero no ceda tus propias posiciones, y tened en cuenta comentarios constructivas de la otra parte.

Reglas para mantener un diálogo

Cuando hablas:	Cuando escuchas:
Sea amable, respete a la persona con la que está hablando;	No escatimes tiempo para escuchar a tu interlocutor;
sea cortés, evite la categoricidad, no dé lecciones de moral;	trata con tolerancia y respeto a quien habla;
mantén la modestia en tu autoevaluación, sé discreto;	No interrumpa a su interlocutor, escúchelo hasta el final;
centrarse en la otra persona, crear un ambiente de comodidad psicológica para ella;	Deje que su interlocutor se exprese en la comunicación, estimule su participación;
estimule constantemente el interés de su interlocutor por una comunicación constructiva;	Utilice recursos verbales, gestuales y miméticos para brindar apoyo emocional y psicológico a quien habla.
mantén una exposición lógica de tus opiniones y propuestas, no utilices palabras incomprensibles;	
mantenga la atención de su interlocutor, estimule su participación activa;	
elija un estilo de conversación que resulte adecuado no solo para la situación de comunicación, sino también para la percepción de su interlocutor;	
tenga en cuenta la distancia en la comunicación, la gesticulación y la mímica, etc.;	
Observe las emociones, pero no se deje llevar por ellas.	

El paciente en una situación complicada: ¿cómo comunicarse?

6 reglas:

1. Deje que su interlocutor «desahogue sus emociones»

En primer lugar, escuche a la persona para que pueda «desahogarse». Repita lo que ha oído para demostrar que ha entendido todo lo dicho. Comparta los sentimientos del paciente, pero no esté de acuerdo con sus quejas (si son injustificadas). Reconocer los sentimientos suele atenuar rápidamente su intensidad. A continuación, exponga su propio punto de vista con calma y seguridad, evitando formulaciones críticas sobre la «verdad» del paciente. Haga hincapié en que ahora que se ha entendido el fondo del asunto, es necesario definir un plan de acción para el tratamiento, el examen o la prescripción.

2. Determinamos los verdaderos objetivos de las partes

El deseo del paciente de obtener una prescripción para recibir tratamiento suele generar menos conflictos que la intención de comparar el diagnóstico y la prescripción proporcionados por otro especialista, o de conseguir de cualquier forma una baja médica, un certificado, etc. Lo más importante en casos de solicitudes de este tipo es denegar al paciente de forma rápida, fundamentada y categórica, explicando el motivo de la denegación con base en las instrucciones de servicio.

3. Trabajamos con las emociones

Es importante comprender a tiempo las emociones de la persona o reaccionar ante su cambio. Recomendamos no rellenar documentos ni llevar fichas electrónicas al mismo tiempo que se comunica con el paciente. Escuche no solo lo que dice el paciente: observe también su lenguaje corporal, sus gestos y el tono de su voz.

Si detecta tensión emocional, intente contribuir a estabilizar la situación. Demuestre su empatía, tranquilice y apoye a la persona.

4. No hay lugar para los «charlatanes»

Los pacientes charlatanes se pasan todo el tiempo de la consulta hablando sin parar. El médico debe tomar la iniciativa y mostrarse bastante activo para desviar la atención del paciente de los detalles sin importancia hacia las acciones del aquí y ahora. Avísele de que la conversación tiene una duración limitada, aclare el objetivo de la visita para mantenerlo centrado. Utilice más preguntas cerradas o preguntas que requieran una elección concreta.

5. Precaución: manipulación

Algunos pacientes se aprovechan de los sentimientos ajenos, recurren a la adulación, amenazan con montar un escándalo o con quejarse al director del centro para conseguir lo que quieren. La regla principal al tratar con este tipo de personas es ser consciente de las propias emociones y no dejarse llevar por las del paciente. No tengas miedo de decir un «no» rotundo.

Una buena defensa contra la manipulación es ganar tiempo. Para evitar situaciones en las que el manipulador intente privarle de tiempo para reflexionar, utilice frases mágicas como: «Necesito pensarlo», «¿Podría poner su petición por escrito?», etc.

6. El derecho a los derechos

Para proteger al equipo de ataques infundados por parte de los pacientes en situaciones difíciles (no se trata de quejas justificadas), conviene elaborar y aprobar mediante las órdenes correspondientes ciertas normas que regulen los derechos de los médicos. Por ejemplo, allí puede indicarse que, si un paciente utiliza un lenguaje soez, el médico tiene derecho a negarse a seguir atendiendo al paciente.

La existencia de este tipo de documentos minimiza la aparición de diversos malentendidos y el posterior desarrollo de situaciones conflictivas.

Tabla 7.
Protocolo EBE

Protocolo EBE (EVE)		
E	Emoción/Explore the Emotion	Se debe identificar la emoción: • determinar qué emoción inunda al paciente (ira, tristeza, miedo, etc.); • averiguar qué la ha provocado: «¿Podría explicarme (con detalle) lo que siente?»; • reconocer su presencia: «Entiendo que esto pueda haberle enfadado».
V	Validación de la emoción/Validate the Emotion	Validación de la emoción: • confirma a la otra persona que entiendes la pertinencia de su emoción: «Entiendo que te haya enfadado», «La mayoría de las personas en tu lugar se sentirían igual (de forma similar)».
E	Respuesta empática/Empathic Response	Respuesta empática: • muestra al interlocutor que se comprenden sus emociones y se le empatiza: «Siento mucho que haya pasado esto, y entiendo cómo te sientes ahora», «Entiendo que ahora estés enfadado y triste. Lo siento».

Qué hay que evitar al hablar con pacientes enfadados

Ofrecer una solución rápida

A menudo, los pacientes quieren o necesitan que comprendas las emociones que sienten, en lugar de que encuentres una solución rápida. Obviamente, esto dependerá de la situación, pero valora si merece la pena idear una solución rápida que puede que ni siquiera te reporte el beneficio esperado.

Enfadarse uno mismo

Intente estar atento y ser consciente de los sentimientos que le provoca la interacción con el paciente. Puede que le indigne o enfurezca no lo que dice el paciente, sino cómo lo dice. Intente mantener el control sobre sus emociones y mantenga su profesionalidad. Puede que sienta ira, pero mostrarla ante un paciente que ya está enfadado probablemente complicará aún más la situación. Quizás hablar con otra persona (un compañero) en una situación así le ayude a reducir su tensión interna o a valorar el problema de otra manera.

Defenderse

Pasar a la defensiva puede parecer algo natural, sobre todo si estás convencido de que tu interlocutor está equivocado. Sin embargo, intenta evitar la tentación de reaccionar a la defensiva, ya que esto podría agravar la ira del paciente.

PARTE 2. EJERCICIOS PRÁCTICOS

Juego de roles

Juego de roles (para grupos pequeños, con la posibilidad de una sesión de reflexión conjunta)

Roles: 1 – profesional sanitario; 1 – paciente; 1-2 – observadores.

Duración: **25 min. (10 min. – preparación; 2-3 min. – presentación del diálogo; 10-12 min. – debriefing).**

Ejemplo de situación para un juego de roles:

Paciente de 63 años con sospecha de cáncer de estómago que se niega rotundamente a someterse a una gastroscopia. Arma un escándalo. Exige que lo dejen ir a casa inmediatamente. Antecedentes: gastritis crónica; hemorragia gástrica hace dos años. En el momento de esta hospitalización, presentaba quejas de pérdida de apetito y pérdida de peso. La prueba fue prescrita por el médico del servicio, que se encuentra de viaje y con quien no es posible contactar.

Tarea para el profesional sanitario: convencer al paciente de que se someta a las pruebas prescritas (esofagogastroduodenoscopia).

Proponemos que cada uno de los pequeños grupos utilice la misma situación, pero cambie el tipo de paciente:

A – paciente receloso: antipático y receloso al comunicarse. Constantemente sospecha de todo el mundo.

B – Paciente hablador: locuaz, salta constantemente de un tema a otro, no es capaz de responder de forma concisa a las preguntas.

C – Paciente manipulador: juega con los sentimientos de los demás, amenaza con demandas judiciales o con el suicidio, se enfada. Tiene un comportamiento impulsivo, orientado a conseguir lo que quiere.

E – paciente enfadado: tenso, poco dispuesto a cooperar.

D – Paciente ansioso: desorientado, nervioso, exige una atención y un esfuerzo excesivos para convencerlo. En su comportamiento y en la comunicación muestra signos de ansiedad: temblores, sudoración, habla rápida, etc.

Tabla 8

Ejemplo de lista de verificación para el debriefing

Acciones del profesional sanitario	Descripción / Criterios de evaluación	Marca de cumplimiento	Puntuación
Saludo	El profesional sanitario saluda al paciente		1
Presentación personal	Dice su nombre		0,5
	Dice cuál es su función		0,5
Identificación de la identidad del paciente	Pregunta el nombre del paciente y su edad (año de nacimiento)		1
Recopilación de información sobre la naturaleza del conflicto/reclamación	¿Cuál es el motivo de la queja?		1
	cuándo surgieron las reclamaciones del paciente;		1
	a quién se dirigieron para obtener más información o ayuda;		1
	qué recursos se utilizaron para resolver el conflicto o la reclamación		1
Reconocer la postura de la otra persona (escuchar y repetirla), tanto verbalmente como emocionalmente	Protocolo EVE (EVE):		
	• identificación de emociones;		1
	• validación de las emociones;		1
	• respuesta empática		1
Explicación de la propia postura	Respuesta argumentada con explicación/interpretación de terminología compleja		1
Propuesta de solución al problema	formulación de tareas;		0,5
	elaboración de un plan de acción;		0,5
	propuesta de incorporación de recursos adicionales (humanos, técnicos, farmacológicos, materiales, etc.);		0,5
	orientación al resultado final		0,5
Justificación. Referencia a hechos	Uso de datos estadísticos, tablas, gráficos, ilustraciones, documentos normativos y fuentes de información contrastadas		1

Actuaciones del profesional sanitario	Descripción / Criterios de evaluación	Indicación de cumplimiento	Puntuación
Dirigirse al paciente	Dirigirse por el nombre (nombre y apellidos)		1
Conducción correcta del diálogo	amabilidad, respeto hacia el interlocutor;		0,5
	cortesía, falta de tajamía;		0,5
	modestia en la autoevaluación, discreción;		0,5
	orientación hacia la pareja, creación de un ambiente de confort psicológico para ella;		0,5
	estimulación constante del interés de la pareja por la comunicación constructiva;		0,5
	coherencia en la exposición de sus opiniones y propuestas;		0,5
	mantener la atención del interlocutor, estimular su participación activa en la comprensión;		0,5
	elección de un estilo de conversación que resulte adecuado no solo para la situación de comunicación, sino también para la percepción del interlocutor;		0,5
	tener en cuenta la distancia, la gesticulación y la mímica, etc., durante la comunicación;		0,5
	equilibrio emocional		0,5
Resultado de la comunicación	Se ha elegido una estrategia para resolver el conflicto/la reclamación		1
Puntuación obtenida Puntuación máxima: 21,5 Puntuación mínima para aprobar: 15 (70 %)			

Debriefing: retroalimentación

4 etapas:

1. Estudiante: lo que hice bien.
2. Estudiante: qué podría haber hecho mejor.
3. Profesor: qué se ha hecho bien.
4. Profesor: qué se podría haber hecho mejor.

Pregunta para el diario reflexivo:

¿Te dan miedo las situaciones conflictivas? ¿Cómo te afectan las situaciones conflictivas y la comunicación con los pacientes en situaciones difíciles?

Presentación del tema en el enlace:

bit.ly/3DulIDe

Versión completa de la clase en el enlace:

bit.ly/31sh3V5

TEMA 8

Tolerancia y diversidad: cómo y por qué trabajar con personas diferentes



TEMA 8

TOLERANCIA Y DIVERSIDAD

Materiales didácticos cuidadosamente seleccionados por Oksana Petrynych y Olga Hovardovska



Oksana Petrynych, profesora adjunta del Departamento de Medicina Familiar, Universidad Estatal de Medicina de Bucovina



Olga Gvardovska, profesora adjunta del Departamento de Fisiología y Neumología, Universidad Nacional de Medicina de Járkov

OBJETIVOS DIDÁCTICOS

Actitudes	Conocimientos	Habilidades
El enfoque centrado en la persona como base de la filosofía de las relaciones con el paciente.	tolerancia y diversidad.	cómo y por qué trabajar con personas diferentes y respetarlas como personas.

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Parte organizativa – **3 min.**

Reflexión: «¿Por qué los médicos pueden tener prejuicios hacia determinados pacientes?» o «Recuerden casos de su vida o de su práctica en los que hayan sido testigos o víctimas de discriminación al recibir atención médica» – **12 min.**

Breve análisis del material teórico (miniconferencia) – **10 min.**

VARIANTE A

Juego de roles / paciente híbrido recomendado

para estudiantes de 5.º y 6.º curso.

Los estudiantes reciben las tareas el día antes de la clase: 4 situaciones diferentes; por ejemplo, la consulta de un paciente de edad avanzada; un niño con sus padres; una mujer con anemia tras un ayuno prolongado; un paciente con depresión. En la clase, los estudiantes presentan su caso en forma de consulta, en la que participan el médico, el paciente y los familiares. Todos los estudiantes analizan la consulta (según el modelo de Calgary-Cambridge) y expresan sus opiniones durante el debriefing posterior (qué se ha hecho bien,

VARIANTE B

recomendado para estudiantes de 4.º curso

Análisis de los mismos casos en pequeños grupos con posterior debate con los estudiantes – **25 min.**

+ Análisis de consultas en vídeo: hay que identificar las diferencias entre la información obtenida del paciente y la estrategia de prescripción del médico en función de la corrección con la que se haya llevado a cabo la consulta (fuente n.º 8 de la lista de vídeos) – **25 min.**

Evaluación: **10 min.**

Qué se puede mejorar; primero se expresan los participantes directos del juego de roles, luego los demás estudiantes) – **55 min**. El profesor resume (lo que se ha hecho bien, lo que se puede mejorar) – **5 min.**	Resumen – **5 min**

Total: 90 min.

Materiales de la clase

PARTE 1. MATERIALES TEÓRICOS

Personas de todo el mundo se enfrentan a barreras a la hora de acceder a una atención médica de calidad. Las causas pueden variar según el país y la comunidad. Sin embargo, hay algunas barreras que son comunes en todas partes. Entre ellas se incluyen diversas formas de discriminación a las que se enfrentan determinados grupos de la población.

DISCRIMINACIÓN

La discriminación (del latín «discriminatio», que significa «separación» o «diferencia») es una violación del principio de igualdad. La Ley de Ucrania «Sobre los fundamentos de la prevención y la lucha contra la discriminación en Ucrania» ofrece la siguiente definición: «Discriminación: situación en la que una persona o un grupo de personas, por motivos de raza, color de piel, convicciones políticas, religiosas o de otro tipo, sexo, edad, discapacidad, origen étnico y social, nacionalidad, estado civil y patrimonial, lugar de residencia, idioma u otros motivos que hayan existido son o puedan ser reales o supuestas, sufra una restricción en el reconocimiento, el ejercicio o el disfrute de los derechos y libertades en cualquier forma establecida por la presente Ley, salvo en los casos en que dicha restricción tenga un objetivo legítimo y objetivamente justificado, cuyos medios para alcanzarlo sean adecuados y necesarios».

Las listas de motivos por los que está prohibido discriminar a las personas pueden variar en la legislación de cada país —en algunos casos son más extensas, en otros más breves—, pero existe un principio general que une a todas estas listas: deben ser abiertas. Una lista abierta significa que, una vez que la ley enumera todos los motivos mencionados, no se pone punto final, sino que se añade «y otros motivos».

Por «otras características» entendemos, en particular:

- el estado de salud (por ejemplo, la seropositividad de una persona);
- el estilo de vida (por ejemplo, el consumo de sustancias psicoactivas o la prestación de servicios sexuales de pago);
- la orientación sexual;
- la identidad de género;
- pertenencia a un sindicato;
- antecedentes penales.

Las formas de discriminación son:

Discriminación directa: situación en la que se trata a una persona o a un grupo de personas de manera menos favorable que a otra persona o a otro grupo de personas en una situación análoga, debido a determinadas características de las primeras, salvo cuando dicho trato tenga un objetivo legítimo y objetivamente justificado, y los medios para alcanzarlo sean adecuados y necesarios;

Discriminación indirecta: situación en la que, como consecuencia de la aplicación o el uso de normas jurídicas, criterios de evaluación, normas, requisitos o prácticas, se generen para una persona o un grupo de personas, en virtud de sus características específicas, condiciones o situaciones menos favorables en comparación con otras personas o grupos de personas, salvo en los casos en que su aplicación o uso tenga un objetivo legítimo y objetivamente justificado, y los medios para alcanzarlo sean adecuados y necesarios;

incitación a la discriminación: indicaciones, instrucciones o llamamientos a la discriminación contra una persona o un grupo de personas por sus características específicas;

complicidad en la discriminación: cualquier ayuda consciente en la comisión de actos u omisiones destinados a provocar discriminación;

acoso: comportamiento indeseado para una persona y/o un grupo de personas, cuyo objetivo o consecuencia sea menoscabar su dignidad humana por determinados rasgos o crear, respecto a dicha persona o grupo de personas, un ambiente tenso, hostil, ofensivo o despectivo.

Te invitamos a ver el vídeo «Discriminación. Formas de discriminación» enlace www.youtube.com/watch?v=2MV-xdvS98k&list=PL7GVCn-95zwDj4pBh5M3IADpQaozZyO5I&index=90

La discriminación en el ámbito sanitario puede manifestarse de la siguiente manera:

- denegación de un servicio médico o denegación de su inscripción como paciente en una clínica;
- negarse a continuar prestando el servicio;
- prestar un servicio de menor alcance o peor calidad de lo habitual;
- causar daño moral o material;
- trato ofensivo o humillante;
- intentos de castigar o humillar a una persona por haber denunciado la discriminación;
- la denegación deliberada de asistencia médica, lo que en algunos casos puede considerarse una omisión delictiva por parte de los responsables y equipararse a la tortura.

Por ejemplo:

- denegación de plaza en un centro de hospitalización a personas romaníes o seropositivas;
- denegación de la atención en el hospital por desconocimiento del idioma ucraniano o ruso;
- la ausencia de rampa de acceso a las instalaciones del hospital o la farmacia, o una rampa que no se puede utilizar;
- la denegación de tratamiento a pacientes por ser «demasiado mayores».

La lista es ilustrativa y no exhaustiva.

Es importante recordar que negarse a prestar servicios de pago cuando una persona no puede pagarlos no constituirá discriminación. No obstante, la administración está obligada a proporcionar información clara sobre qué servicios son de pago, cuánto cuestan y qué alternativas gratuitas existen.

Podemos reducir la probabilidad de discriminación con las siguientes medidas:

garantizando la igualdad, lo que se manifiesta en un trato equitativo hacia las personas, teniendo en cuenta sus necesidades;

la inclusión (del inglés «inclusion», que significa «incorporación» o «participación»): es el proceso de aumentar el grado de participación de todos los ciudadanos en la sociedad. Por ejemplo, proporcionar información en diferentes formatos (incluido el braille), facilitar el acceso a los edificios para las personas en silla de ruedas (término correcto para referirse a una «silla de ruedas para personas con discapacidad»), etc.;

el respeto y la aceptación de la diversidad: la tolerancia.

En la literatura contemporánea, «tolerancia» suele aparecer como sinónimo del concepto «tolerancia». Sin embargo:

la tolerancia es la aceptación pasiva de la realidad circundante, la falta de resistencia ante influencias externas desfavorables. No se debe reducir la tolerancia a la mera tolerancia.

La tolerancia es el reconocimiento de los derechos de otra persona que es diferente a ti, la disposición a comprender y aceptar otras normas culturales, creencias y modelos de comportamiento. En la interpretación del concepto de «tolerancia» es necesario basarse en el humanismo, es decir, en el reconocimiento del valor del ser humano como persona, de su derecho a la libertad, a la felicidad, al desarrollo y a la expresión de sus capacidades.

La cara **o p** uesta de la tolerancia es **la intolerancia.**

Las habilidades comunicativas necesarias para comprender las cuestiones de la diversidad cultural son un caso particular de las habilidades básicas que se aplican para comprender la posición del paciente (en las etapas de recopilación de información, explicación y planificación) y para establecer relaciones. Lo mismo puede decirse de la diversidad social: de aspectos como la edad, el género, la situación socioeconómica y la educación.

La competencia cultural es la capacidad de los profesionales y las organizaciones sanitarias para prestar servicios médicos que respondan a las necesidades culturales, sociales y religiosas de los pacientes y sus familias.



Te invitamos a ver el vídeo «La tolerancia como categoría ética» en el enlace https://www.youtube.com/ watch?v=taBSHHqmn9E&list=PL7GVCn-8IADpQaozZyO5I&index=90

COMUNICACIÓN INTERCULTURAL Y DIVERSIDAD SOCIAL

Idioma

la comunicación en una lengua extranjera (por ejemplo, cuando el paciente o el médico se ven obligados a hablar en una lengua que no dominan suficientemente)

uso de jerga acento, dialecto

familiaridad ofensiva

Uso e interpretación de la comunicación no verbal

el tacto

lenguaje corporal

distancia: cercana/lejana

contacto visual

expresión de emociones

Actitudes culturales y medicina

Interpretación de los síntomas: qué se considera normal y qué no; opiniones sobre la causalidad

opiniones sobre la eficacia de las diferentes opciones de tratamiento

Actitud ante la enfermedad y la experiencia de la enfermedad

Uso de fuentes adicionales o alternativas de atención médica Expectativas de personas de diferentes edades y sexos respecto a los roles y las relaciones

El papel del médico y la interacción social en el ámbito de la autoridad y las formas de mostrar respeto

Asunción de responsabilidad respecto al cumplimiento de las recomendaciones médicas

acontecimientos de la vida familiar (rituales y creencias relacionados con el cortejo y la boda, el embarazo y el parto, la ayuda de los mayores a los jóvenes, el cuidado de las personas mayores, la muerte)

cuestiones psicológicas (identificación de los factores de estrés habituales, conocimiento del sistema de apoyo psicológico a la familia y a la población)

el papel del médico en la salud mental y en la enfermedad

Cuestiones íntimas

sexualidad, incluyendo la orientación sexual, el comportamiento sexual y la anticoncepción

timidez ante determinados procedimientos de exploración

Consumo y abuso de alcohol y otras sustancias

Violencia doméstica Comunicación de

malas noticias

Cuestiones/obstáculos en la práctica médica

el grado de colaboración entre el médico y el paciente, el grado de implicación de la familia, y las responsabilidades personales y familiares en lo que respecta al mantenimiento de la salud y al tratamiento

cuestiones éticas de la asistencia médica

suposiciones, estereotipos y prejuicios del médico

consulta con un especialista que practica medicina complementaria o alternativa

Conocer los diferentes contextos étnicos y culturales en los que puede trabajar un médico es útil y, en ocasiones, totalmente necesario. Estos conocimientos le darán seguridad al médico y, posiblemente, le ayudarán a establecer más rápidamente una relación con el paciente. Sin embargo, las habilidades básicas para comprender a cada paciente concreto y sus creencias médicas, independientemente de la cultura a la que pertenezca, siguen siendo de vital importancia.

Es importante partir de la base de que todos los pacientes buscan tanto que el médico respete su autonomía como que les permita participar en la toma de decisiones. En muchas culturas, aún hoy en día, es habitual que una persona espere un trato paternalista por parte del médico y que la consulta se centre en el médico. Pero trasladar a un paciente concreto las posturas y cosmovisiones de toda una raza o cultura es tan perjudicial como ignorar por completo la sensibilidad hacia los temas culturales. La tarea del médico es esclarecer la posición y la experiencia únicas de la enfermedad de cada paciente concreto. Esto es igualmente importante incluso cuando el médico y el paciente pertenecen a una misma cultura.

Por lo tanto, los médicos se enfrentan a dos retos comunicativos que, en cierta medida, pueden entrar en conflicto: por un lado, evitar hacer suposiciones sobre el paciente basadas en su origen étnico y, por otro, valorar, querer conocer y comprender las diferencias culturales que pueden influir considerablemente en la forma de tratar al paciente. No es de extrañar que lograr el entendimiento mutuo y la confianza entre un paciente y un médico de diferentes grupos culturales a menudo requiera tiempo y esfuerzo por ambas partes.

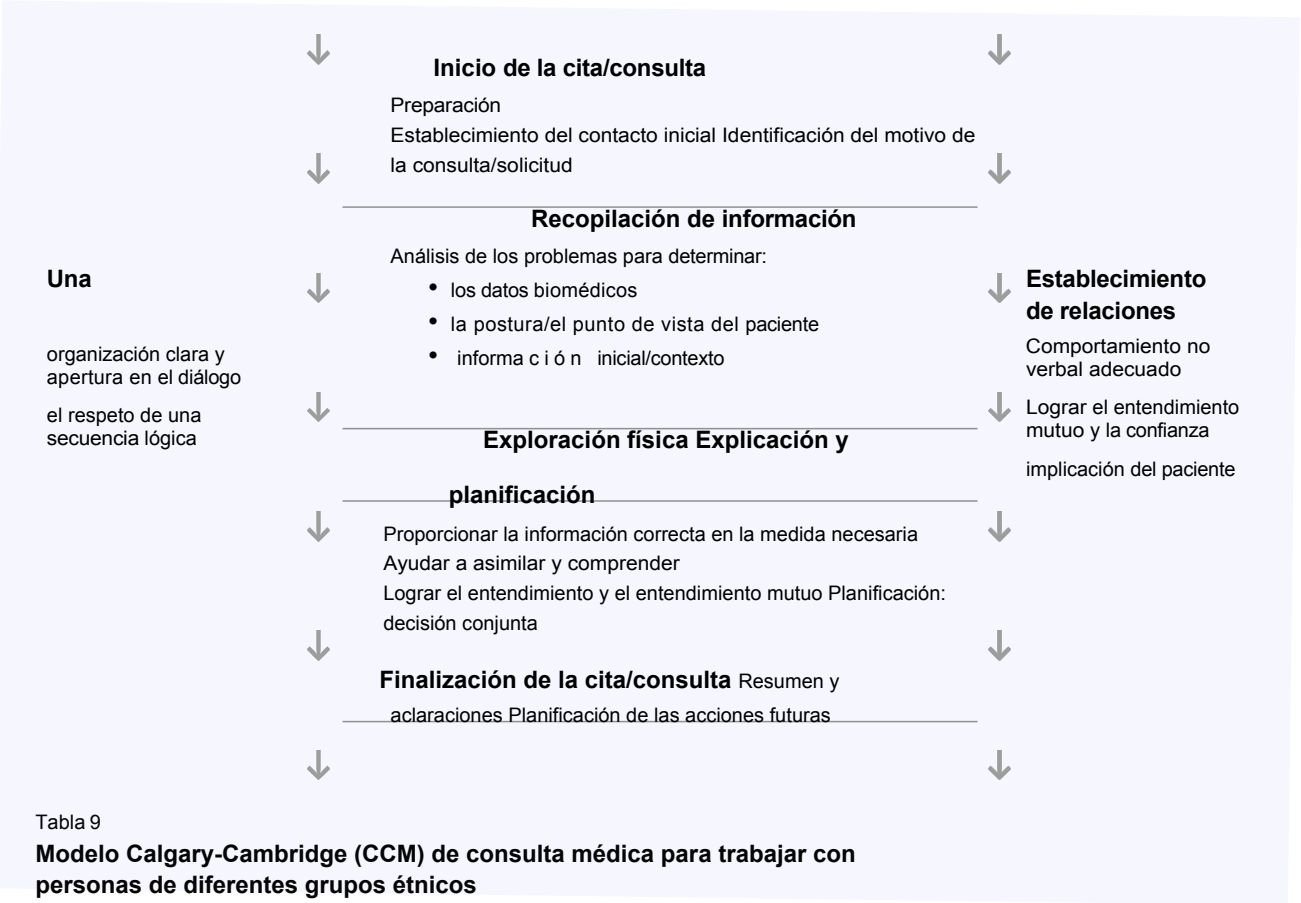


Fig. 10. Estructura de la consulta clínica Calgary-Cambridge

Tabla 9

Modelo Calgary-Cambridge (CCM) de consulta médica para trabajar con personas de diferentes grupos étnicos

Habilidades de las «Guías de Calgary-Cambridge»	**El uso de estas habilidades es más profundo, específico e intensivo**
Inicio	
Saluda y preséntate	→ Aclare cómo se pronuncia el nombre y los apellidos, y qué forma de dirigirse a él prefiere el paciente
Muestre interés, atención y respeto; asegúrese de que el paciente se sienta cómodo físicamente	→ Muestre comprensión ante el deseo del paciente de que un familiar participe en la consulta o de que el médico sea hombre o mujer. Ofrezca la ayuda de un intérprete y, si la aceptan, acuerde su función en la fase de establecimiento del orden del día. Aclare qué idioma prefiere el paciente para la consulta. Ofrezca posponer la consulta si la barrera lingüística es demasiado importante. Tenga en cuenta el género del médico y del paciente durante la consulta y la exploración.

Habilidades de las «Guías de Calgary-Cambridge»	El uso de estas habilidades es más profundo, específico e intensivo
Recopilación de información	
Aclare la postura del paciente: ideas, temores, expectativas, sentimientos, cómo afecta su estado de salud a su vida	Averigüe cuáles son las siguientes características del paciente: sus puntos de vista sobre la causalidad expectativas culturalmente determinadas respecto al tratamiento costumbres familiares, matrimoniales, religiosas y sociales conocimiento del sistema de apoyo psicológico de la familia/la población actitud hacia fuentes adicionales o alternativas de atención médica. Los pacientes de algunos estratos culturales y sociales suelen tener poco conocimiento de la relación entre los problemas psicológicos y los síntomas físicos. En algunos casos, no es fácil reconocer la depresión que subyace a los síntomas psicosomáticos. Puede ser necesario prestar especial atención al punto de vista del paciente y construir una relación de confianza a lo largo de un período prolongado. Es posible que el médico tenga que elegir los momentos adecuados y optar por las opciones de atención médica que el paciente el paciente, así como sus opiniones sobre su estado, sin arriesgarse a contradecirlo para no perder su confianza.
Involucre al paciente, estimule su participación y sus preguntas	Hay que animar al paciente a que haga preguntas. Según los estudios, los afroamericanos en EE. UU. suelen hacer menos preguntas a los oncólogos y acuden menos acompañados.
Recopilación de información	
Muestre un comportamiento no verbal adecuado	No olvide las posibles diferencias culturales en cuanto al comportamiento no verbal, como el contacto visual, el contacto físico o la distancia.
Acepte sin prejuicios las opiniones y los sentimientos del paciente	Acepte las ideas y creencias del paciente sin juzgarlas moralmente. Evite los estereotipos y la arrogancia (por ejemplo, tenga en cuenta los deseos de los pacientes y sus familiares en cuanto a la exploración, las pruebas y la derivación a especialistas). Intente no hacer suposiciones y, si las hace, compruébelas. Muestre sensibilidad hacia las diferencias culturales en aspectos como los problemas sexuales, el consumo y abuso de alcohol y otras sustancias, y la violencia doméstica.
Ofrece tu apoyo	Demuestre su apoyo con palabras.

Habilidades de las «Guías de Calgary-Cambridge»	El uso de estas habilidades es más profundo, específico e intenso
Explicación y planificación	
Evalúe la situación inicial del paciente →	Antes de proporcionar información, comprueba el contexto cultural. Esto es especialmente importante al trabajar con personas con discapacidad que, según los estudios, se sienten poco respetadas y escuchadas, reciben información insuficiente y participan con menos frecuencia en la planificación del tratamiento. Si es necesario, solicite los servicios de un intérprete. Compruebe si el intérprete ha transmitido la información de forma precisa y completa, y si el paciente la ha entendido.
Relacione las explicaciones con la situación del paciente →	Compruebe el contexto cultural y la capacidad lingüística antes de proporcionar información. Compruebe si se han tenido en cuenta los problemas y las preocupaciones del paciente.
Compruebe la comprensión →	Verificar la comprensión es especialmente importante cuando hay problemas de idioma, incluso en presencia de un intérprete. Hágalo al menos cada 1,5 minutos. Ofrezca opciones realistas teniendo en cuenta la situación y los antecedentes del paciente.
Acuerde un plan para todas las partes →	Para un paciente que no esté acostumbrado a una relación de colaboración con el médico, esto puede resultar extraño y difícil.

Ejemplos de formulaciones precisas que ayudarán al médico a identificar y valorar las diferencias culturales, sin recurrir a estereotipos ni suposiciones infundadas

¿Cómo influye todo esto en tu vida y en la de las personas que te rodean?

Cuéntame un poco sobre ti y tu familia. ¿Dónde vives? ¿Quién vive contigo? ¿Dónde está tu hogar? ¿Quiénes son tus padres? ¿Eres una persona creyente?

Sé que a menudo la causa de la infertilidad son los problemas familiares. ¿Te ocurre algo parecido?

A veces, las tradiciones familiares y religiosas influyen mucho en cómo se abordan los problemas ginecológicos. Por ejemplo, los católicos tienen una postura estricta respecto a la anticoncepción. ¿Influye algo así en lo que piensas sobre tu problema?

Antes me dijo que es de Afganistán. No sé nada sobre la cultura afgana. Por ejemplo, ¿es habitual dar la mano al médico? ¿Cómo se saludan allí?

Entiendo que le moleste que no le entienda tanto como le gustaría. ¿Quizás nos resulte más fácil con un intérprete?

Me gustaría saber qué tipo de tratamiento esperabas o deseabas recibir. Por lo que conozco de la cultura china, puede que no sea en absoluto lo que podemos ofrecerte. Si ese es tu caso, quiero ayudarte.

Dice que le duele todo el cuerpo. ¿Tiene alguna idea de por qué?

Otros consejos útiles

Si no conoce al paciente ni a sus familiares y no sabe si darle la mano:

Presta atención a la reacción

pida perdón si el paciente parece ofendido (usted no quería ofender a nadie)

construya la relación de otra manera; por ejemplo, pregunte qué saludo por su parte sería el más adecuado.

Si tiene intención de hacer una pregunta delicada, pida permiso:

¿Puedo preguntarle sobre esto? ¿No le

importa?

Pregunte en qué puede ayudar:

¿Puedo ayudarle con esto?

Explique por qué:

Puede que esto no le resulte fácil. Pero esta es la razón por la que debo preguntarle/hacer esto…

A veces, las personas tienen sus propias razones, y siempre es útil comprender el punto de vista del paciente.

Sé que a veces las mujeres prefieren que las examine también una mujer. ¿Es eso importante para usted?

Las normas para la comunicación con pacientes pertenecientes a otros grupos étnico-culturales o religiosos se recogen en el protocolo BALANCE

Tabla 10

Protocolo BALANCE

	Categoría		Se debe aclarar
B	Creencias y valores	Creencias y valores	Creencias que influyen en la percepción de la enfermedad
A	Ambiente	Entorno	Circunstancias vitales y tipo de familia
L	Idioma y alfabetización sanitaria	Idioma y alfabetización sanitaria	El papel de los traductores, la precisión de la traducción, los significados metafóricos
A	Afiliaciones	Afiliaciones sociales	Actividad social, valores religiosos y espirituales
N	Red	Red/relaciones	Acompañamiento social
C	Retos	Peligros/retos	Riesgos domésticos y laborales
E	Economía	Economía	Situación socioeconómica de la familia y la comunidad

Comunicación con pacientes de edad avanzada

La comunicación con los pacientes de edad avanzada requiere una atención especial. En los últimos 100 años, el porcentaje de personas mayores entre la población ha aumentado de forma constante en todo el mundo. Según las estimaciones actuales, para 2030 las personas mayores de 60 años constituirán el 35 % de la población occidental. Estas son algunas de las preguntas que los médicos deben plantearse a sí mismos y a sus pacientes de edad avanzada:

¿Qué problemas psicológicos y físicos concretos están relacionados con el envejecimiento en esta persona?

¿Han afectado la pérdida de audición o los problemas neurológicos del paciente a su capacidad para comunicarse? Si es así, ¿qué se debe hacer de otra manera?

¿Qué significa para esta persona la enfermedad o la proximidad de la muerte?

Si el paciente acude con síntomas de malestar, ¿no indica esto que tal vez no necesita ningún otro tipo de ayuda? ¿No estará deprimido? ¿No se sentirá solo? ¿No temerá la discapacidad y la pérdida de independencia? ¿No temerá a la muerte?

¿Qué sé sobre el mundo de esta persona, sobre lo que le ha sucedido en la vida?

¿Existen alguna restricción en cuanto a la intervención médica y el tratamiento que deba tener en cuenta al realizar las siguientes acciones?

¿Qué espera esta persona de mí como médico?

¿Le ayudan a esta persona sus familiares o amigos? ¿Deben y quieren participar en la ayuda y, en caso afirmativo, cómo se les puede involucrar?

¿Hay otros médicos o centros que atienden a este paciente? ¿Se plantea aquí la cuestión de la continuidad de la atención médica?

El principio básico —tratar a las personas ante todo como individuos, y no como «personas mayores»— tiene aquí la misma importancia que al trabajar con pacientes de diferentes culturas.

Tabla 11.
CCM para el trabajo con personas mayores

Habilidades de las «Guías de Calgary-Cambridge»	El uso de estas habilidades es más profundo, específico e intensivo
Inicio	
Establecer contacto	→ Se debe prestar especial atención a las personas frágiles, con problemas de audición o de visión. Muchos pacientes de edad avanzada acuden al médico acompañados de familiares o cuidadores, por lo que es necesario establecer contacto co todas las personas presentes.
Evaluación	→ El médico debe recordar que la evaluación y el establecimiento de prioridades al trabajar con pacientes de edad avanzada son especialmente importantes, ya que con el tiempo estas personas pueden acumular muchos problemas. Recuerde que: la naturaleza y el número de problemas no indican necesariamente el funcionamiento del organismo no todos los problemas son relevantes en este momento no todos los problemas requieren ayuda no todos los problemas forman parte de la agenda del paciente
Escuche con atención	→ La evaluación del estado emocional del paciente desde el principio y a lo largo de toda la consulta es de vital importancia cuando se trabaja con pacientes de edad avanzada. En ellos son muy frecuentes la ansiedad y la depresión, que pueden no manifestarse de forma evidente.
Recopilación de información	
Haga preguntas de aclaración Plantee sus preguntas situándolas en una perspectiva temporal (desde… hasta…) Haga un resumen	→ En las consultas con pacientes de edad avanzada, el médico a menudo tiene que escuchar un relato confuso con gran cantidad de datos que se escapan, y aquí las habilidades para aclarar la perspectiva temporal, resumir y verificar todas las suposiciones cobran gran importancia. Por ejemplo, resulta útil pedirle al paciente de forma inequívoca que cuente su problema desde el momento en que apareció por primera vez hasta el momento actual o durante un periodo de tiempo determinado.
Capte las señales	→ El paciente puede querer, pero avergonzarse de hablar de problemas como la incontinencia urinaria, una hernia inguinal o un bulto en las mamas, por lo que es especialmente importante captar y verificar las señales verbales y no verbales y reaccionar ante ellas.

Habilidades de las «Guías de Calgary-Cambridge»	El uso de estas habilidades es más profundo, específico e intensivo
Recopilación de información	
Habla utilizando un lenguaje adecuado a la situación	→ Si el paciente está confundido, desconcertado, triste , oye mal o habla con dificultad, su lenguaje debe ser especialmente expresivo y claro. Empiece por comprobar las hipótesis sobre lo que podría estar dificultando la comunicación. ¿Quizás se deba al dolor o a la medicación? ¿El problema no es el lenguaje técnico? ¿No es de cómo habla? Si el paciente tiene disartria o sordera, compruebe cómo le entiende. Averigüe si le resultaría más fácil comunicarse por escrito. Compruebe si utiliza audífonos y, en caso afirmativo, si los lleva puestos y si funcionan correctamente. Hay que animar al paciente a que haga preguntas. Según los estudios, los afroamericanos en EE. UU. suelen hacer menos preguntas a los oncólogos y acuden menos acompañados.
Averigüe la postura del paciente	→ En este sentido, la actitud del paciente es muy importante. El impacto de la enfermedad en la vida del paciente suele determinar sus expectativas o su disposición hacia el tratamiento, y merece la máxima atención.
Establecimiento de la relación	
Demuestre un comportamiento no verbal	→ Paciencia y factor tiempo: es extremadamente importante trabajar al mismo ritmo que el paciente.
Muestre sensibilidad, empatía, e→, aceptación y apoyo	Los pacientes de edad avanzada y las personas importantes para ellos pueden necesitar tanto apoyo emocional como práctico. Intente tener en cuenta la difícil situación del paciente, esto le ayudará a comprender su comportamiento, que a primera vista puede parecer torpe o inusual. La reacción ante problemas como la incontinencia urinaria debe ser compasiva. Ofrezca ayuda práctica.
Estructuración de la consulta	
Resuma la consulta. Haga señales	→ El uso conjunto de estas dos habilidades puede resultar especialmente útil con pacientes de edad avanzada, en particular con aquellos que tienen problemas de audición y pérdida de memoria. Los pacientes de edad avanzada pueden perder el hilo lógico de su relato y necesitan que se les ayude a estructurarla. Por lo tanto, resumir y señalar son útiles tanto para el médico como para el paciente. Estructurar la consulta permite al médico confirmar las preguntas y los planes no solo con el paciente, sino también con las personas que lo cuidan. La prueba de memoria puede ser una herramienta útil al trabajar con pacientes de edad avanzada. La decisión de realizarla debe estar cuidadosamente justificada para no provocar confusión o enfado en el paciente.

Habilidades de las «Guías de Calgary-Cambridge»	El uso de estas habilidades es más profundo, específico e intensivo
Explicación y planificación	
Dosifica y comprueba →	Modere lo que dice y compruebe si el paciente le entiende y si tú le entiendes a él/ella, utilizando un lenguaje claro y sin jerga. Aquí la postura del paciente es muy importante. El impacto de la enfermedad en la vida del paciente a menudo determina sus expectativas o su aceptación del tratamiento y merece la máxima atención.
Utilice diagramas →	El uso de diagramas e instrucciones escritas, especialmente en lo que respecta a los medicamentos, ayudará a los pacientes con pérdida de memoria y a las personas que los cuidan.

Los médicos deben aplicar las habilidades de la consulta tripartita en todos los casos en que esté presente un familiar o amigo del paciente, especialmente en el caso de pacientes de edad avanzada, debilitados mental y físicamente. Se debe escuchar con empatía tanto al paciente como a su acompañante. Sus puntos de vista sobre el estado del paciente pueden diferir considerablemente. Se debe preguntar a ambos, proporcionarles información y darles la oportunidad de hacer preguntas; el plan de tratamiento debe acordarse con ambos. Sin embargo, aunque el acompañante pueda aportar información útil, esto no invalida el hecho de que la principal preocupación del médico sigue siendo el paciente.

Comunicación con los niños y sus padres

Al interactuar con los niños, es importante recordar que el niño es el paciente, pero que los padres también son participantes clave. Se trata de consultas a tres bandas en las que el médico debe comunicarse tanto con los padres como con los niños, lo que requiere un esfuerzo especial, ya que todos los participantes necesitarán inevitablemente una atención individualizada. Es importante comenzar la consulta pediátrica dirigiéndose al niño, en lugar de centrar toda la atención en los padres. Pregunte al niño si quiere contarlo él mismo o si prefiere que lo hagan sus padres. Los niños suelen tener sus propias peticiones. Tenerlas en cuenta aumentará la colaboración del niño en el tratamiento.

Muchos de los problemas pediátricos son leves, pero pueden provocar una gran ansiedad en los padres. Todos los padres viven con gran angustia las enfermedades graves de sus hijos.

No es de extrañar que, en todos los casos, la satisfacción de los padres dependa en gran medida de que se tengan en cuenta sus preocupaciones de manera oportuna durante la consulta.

Los padres tienden a interrumpir a los niños durante la consulta. Pueden discrepar con los niños sobre el problema o temer que, al dejar hablar a los niños, estén supuestamente haciendo perder el tiempo al médico, o bien buscar la precisión a la hora de transmitir al médico su punto de vista sobre lo que está sucediendo. En caso de discrepancias, resulta muy útil captar las señales de ambas partes —tanto de los padres como del niño-paciente—, especialmente si el problema es de carácter psicológico o conductual, cuando se trata de un adolescente. Es posible que tenga que dedicar tiempo a hablar por separado con el adolescente y con sus padres. No se debe dejar al adolescente en un segundo plano. Reconocer el valor de los niños de diferentes edades y respetar sus opiniones contribuirá con mayor probabilidad a establecer con éxito una relación entre usted y sus jóvenes pacientes.

Los niños de diferentes edades plantean distintas dificultades en la consulta pediátrica. Las consultas con bebés son, en cierto sentido, las más sencillas, ya que solo se habla con los padres. Tratar con niños muy pequeños requiere habilidades especiales, ya que, por naturaleza, les dan miedo los entornos nuevos y las personas desconocidas. Los niños mayores, hasta la pubertad, suelen ser muy reservados y tímidos, y los adolescentes, aún más. Es muy importante no tratarlos con condescendencia, sino todo lo contrario: crear las condiciones para que participen plenamente en las etapas de recopilación de información y planificación.

Tabla 12

CCM para trabajar con niños y sus padres

Habilidades de las «Guías de Calgary-Cambridge»		**El uso de estas habilidades es más profundo, específico e intensivo**
Inicio		
Prepárate	→	Cree un entorno adecuado para el niño y sus padres, incluyendo juguetes y libros apropiados para su edad. Preste atención a cómo sentar a todos.
Establezca contacto	→	Salude a todos los adultos y niños y averigüe quién es quién con la ayuda del niño, si su edad lo permite. Despierte el interés del niño mediante un juego, una conversación informal o estableciendo contacto con los padres. Evalúe desde el principio hasta qué punto el niño se siente cómodo con usted y elija el enfoque adecuado. Asegúrese de que tanto el niño como los adultos se sientan cómodos.
Determine el motivo de la visita	→	Si es posible, acuerde con el niño quién va a contar la historia y cómo la complementarán los demás. ¿Quién empezará: el niño o los padres?

Habilidades de las «Guías de Calgary-Cambridge»	El uso de estas habilidades es más profundo, específico e intensivo
Recopilación de información	
Escucha, ayuda a hablar, haz preguntas abiertas y cerradas sobre la situación	Cuando los niños son pequeños, recopile información mientras juegan. Insista en que el niño y los adultos le cuenten los problemas con sus propias palabras. Utilice preguntas abiertas y cerradas, teniendo en cuenta la edad del niño. Las preguntas cerradas con opciones de respuesta preestablecidas funcionan bien con los niños pequeños. Con los niños de más edad, la respuesta debe ser en forma de relato.
Comprenda las posturas del niño y de los padres	Aclare y confirme la comprensión de las ideas (las opiniones sobre las causas de la enfermedad pueden ser diferentes entre padres e hijos). Si es necesario, determine las posturas tanto de los padres como de los niños.
	Anime al niño a expresar sus sentimientos. A veces los padres son capaces de explicar los sentimientos de un niño pequeño, pero déle la oportunidad de explicarlos él mismo.
Averigüe la información básica	Información básica: historial del embarazo y del parto vacunación y antecedentes de enfermedades infantiles historial de crecimiento y desarrollo antecedentes farmacológicos y alergológicos antecedentes familiares y sociales
Estructuración	
Haga resúmenes intermedios y dé señales	Utiliza esta técnica con frecuencia, especialmente al cambiar la atención del niño a los padres y viceversa: «David, tu madre me acaba de decir que te duele la barriga y cree que es… Y ahora me gustaría que me dijeras… ¿Dónde te duele exactamente? ¿Puedes enseñármelo?»
Exploración médica	
Crea las condiciones adecuadas para el examen	Examen general de niños pequeños: elige una posición para el niño: en el regazo de los padres, en una camilla, mientras juega comience con los métodos menos invasivos facilite el examen mediante el juego aprovecha los momentos oportunos Examen general de niños de más edad: esté preparado para que puedan sentirse tímidos y pidan estar a solas Pregunte al niño a quién desea que esté presente durante la exploración

Habilidades de las «Guías de Calgary-Cambridge»	El uso de estas habilidades es más profundo, específico e intensivo
Establecimiento de relaciones	
Sigue construyendo relaciones	→ Sigue construyendo relaciones con los niños y los padres, teniendo en cuenta las circunstancias. A los niños les encanta y valoran la alegría y las bromas amistosas combinadas con la amabilidad.
Comparta sus opiniones	→ Comparte tus opiniones con los padres. No siempre es fácil, pero al mismo tiempo mantendrás el buen humor del niño. A los niños de más edad a menudo les incomoda el contacto visual excesivo. Si reduces un poco tu atención hacia el adolescente y, por ejemplo, le pides que te ayude a dibujar un árbol genealógico, le resultará más fácil hablar con mayor soltura.
Explicaciones y planificación	
Proporcione la información necesaria en la medida adecuada	→ Proporcione la información necesaria de tal forma y en tal medida que tanto el niño como los padres la entiendan.
Tenga en cuenta la opinión del paciente →	Puede resultar conveniente que sean los padres quienes den las explicaciones al niño pequeño en su nombre.
Involucre al paciente en la toma de decisiones	→ Al proporcionar información, tenga en cuenta la opinión tanto de los padres como del niño. Siempre que sea posible, involucre tanto a los padres como al niño en la toma de decisiones.
Finalización de la consulta	
Tenga un plan B	La seguridad es muy importante para lograr la satisfacción de los padres y garantizar una comprensión clara. Esto implica elaborar un plan de contingencia y explicar al paciente qué debe hacer si algo no sale según lo previsto, qué pueden significar determinados cambios en su estado y cómo ponerse en contacto con usted. Todo ello garantiza una seguridad adicional, que es el paso más importante para concluir la consulta.

Recuerde: mientras el niño no haya cumplido los 14 años, las cuestiones relativas a la asistencia médica las deciden sus representantes legales, y a partir de los 14 años basta con el consentimiento del propio paciente menor de edad.

Pacientes con trastornos mentales

En la atención a pacientes con trastornos mentales, son importantes las habilidades básicas para recabar información y, sobre todo, para obtener una anamnesis precisa y establecer una relación. Los pacientes con trastornos mentales suelen necesitar silencio para asimilar lo que les está sucediendo. Por otro lado, el silencio puede percibirse como una presión, especialmente cuando el paciente padece una enfermedad somática.

La depresión es un trastorno mental muy frecuente. Es fácil pasarla por alto en la práctica médica. La precisión del diagnóstico depende aquí de las habilidades del médico. Es necesario prestar especial atención a las habilidades del proceso: no solo para facilitar la narración del paciente y aclarar su postura, sino también para esclarecer el componente más importante de esta consulta: cuán profunda es la depresión del paciente y si es propenso al suicidio.

Tabla 13

KKM para trabajar con personas con trastornos depresivos

Habilidades de las «Guías de Calgary-Cambridge»	**El uso de estas habilidades es más profundo, específico e intensivo**
Inicio	
Establezca contacto →	Es fundamental saber cómo saludar a un paciente con síntomas evidentes de depresión. Para establecer el contacto inicial, es muy importante seguir el ritmo y el estado de ánimo del paciente, captar y no verbales y reaccionar ante ellos, observar la expresión facial, el tono y el ritmo del habla del paciente y reflejarlos.
Recopilación de información	
Escuche, ayude al paciente a expresarse. Evalúe el estado emocional del paciente	Escuche las primeras palabras del paciente sin interrumpirle, mostrando empatía. Siga captando las señales verbales y no verbales y reaccione ante ellas.
Haga preguntas abiertas y cerradas según la situación	Lleve al paciente a formular una pregunta abierta sobre sus sentimientos: esto suele conducir a una rápida clarificación de la esencia del problema. La posibilidad de que el paciente exprese abiertamente sus sentimientos puede conducir a un catarsis, aunque se trata de elegir el momento adecuado para pasar a las preguntas directas. Las preguntas directas tienen como objetivo dar al paciente la oportunidad de contar más cosas y sentirse capaz de tomar las riendas de la situación. Las preguntas directas —por qué el paciente sospecha que padece depresión, cuáles son sus principales temores y preocupaciones, qué afecta a su vida y a su trabajo, qué espera del médico y qué es lo que desea— son de vital importancia.

Habilidades de las «Guías de Calgary-Cambridge»	El uso de estas habilidades es más profundo, específico e intenso
Recopilación de información	
Aclare	→ Repeticiones, reformulaciones, pausas: todo ayuda a «abrir» al paciente que se siente insignificante, culpable o desesperanzado.
Aclare la postura del paciente	→ Las preguntas directas —por qué el paciente sospecha que padece depresión, cuáles son sus principales temores y preocupaciones, cómo afecta esto a su vida y a su trabajo, qué espera del médico y cuáles son sus esperanzas— ayudarán a aclarar el relato del paciente y facilitarán la evaluación del riesgo.
Establecimiento de la relación	
Muestre empatía	Es importante saber mostrar empatía. Los pacientes se dan cuenta rápidamente por el tono de tu voz si este no concuerda con tus palabras: «¿Cómo sabes lo que siento?».
Muestre aceptación	→ La reacción ante las lágrimas del paciente debe combinar el apoyo a través del lenguaje corporal (incluido el contacto físico), el silencio, la empatía y la capacidad de elegir el momento adecuado para seguir adelante.
	→ Acepte las palabras y los sentimientos del paciente sin juzgarlos. Evite animar prematuramente: «Estoy seguro de que pronto se sentirá mejor».
Ofrezca apoyo	Averigüe qué recursos de apoyo cuenta ya el paciente y ofrézcale su apoyo y, si es posible, la continuidad de la asistencia.

He aquí algunos ejemplos de frases concretas para detectar estados depresivos y/o riesgo de suicidio:

— Estoy tratando de entender hasta qué punto se siente deprimido. ¿Tiene fuerzas para contármelo?

— Hoy parece que está deprimido. ¿Quiere contarme cómo se siente?

— Usted ha dicho que siente desesperanza y culpa en esta situación. ¿Cree que podemos ayudarle de alguna manera?

— Me pregunta si podría tener depresión. Permítame hacerle algunas preguntas concretas sobre su estado de ánimo, su capacidad para concentrarse, su apetito y sus hábitos de sueño. Esto nos ayudará a aclarar la situación.

– ¿Alguna vez sientes que, después de todo, hay una luz al final del túnel?

– Ha mencionado que tiene dificultades para dormir. ¿Qué le pasa por la cabeza cuando da vueltas en la cama?

– Algunas personas, cuando están deprimidas, sienten que ya no pueden más. ¿Tienes pensamientos así? ¿Te gustaría acabar con todo esto? ¿Has hecho algún plan?

– Anoche tomaste una dosis muy alta de paracetamol. ¿Qué opinas al respecto? ¿Te alegra o te entristece que no haya surtido efecto?

La comunicación con pacientes que sufren delirios y alucinaciones plantea dificultades especiales. Este tipo de paciente está, en mayor o menor medida, desconectado de la realidad. Puede tratarse de una enfermedad aguda, en la que el paciente pronuncia frases sin sentido, se comporta de forma sospechosa, a veces incluso «agresiva», y tiene poca conciencia de su estado. No solo es incapaz de funcionar con normalidad, sino que a menudo ha perdido sus habilidades comunicativas. Este tipo de paciente suele estar asustado y ser desconfiado. De hecho, a veces resulta simplemente imposible establecer una relación con ellos; cualquier intento de acercamiento puede malinterpretarse y parecer una amenaza. Por otro lado, las personas con enfermedades mentales valoran mucho que se les comprenda.

El inicio de la consulta con una persona con una enfermedad mental tiene una importancia especial: si en un minuto o dos no se establece la confianza mutua y el contacto, esto pronto dará lugar a conflictos y dificultades. Los familiares y amigos del paciente, nerviosos y a veces enfadados, pueden complicar aún más el proceso de la consulta.

Involucrar al paciente en un trabajo conjunto puede resultar muy difícil cuando él o ella no es consciente de su enfermedad o cuando acude al médico bajo la presión de la familia o por obligación legal. Llegar a un acuerdo con un paciente con una enfermedad mental sobre el tratamiento es difícil, o incluso imposible, especialmente cuando, por ejemplo, se trata de una hospitalización forzosa. El reto para el médico es la necesidad de superar estos obstáculos y, al mismo tiempo, recabar información (a menudo a través de diversas insinuaciones) sobre la presencia y la gravedad del trastorno mental. Recabar información de manera empática, especialmente cuando el propio médico está inquieto, requiere un dominio profesional de las habilidades comunicativas. No se debe subestimar el impacto de la ansiedad, el miedo y el malestar tanto en el médico como en el paciente.

La primera consulta con el paciente y sus familiares, cuando existe la posibilidad de un trastorno mental grave, se asemeja a la situación de recibir malas noticias, y lo más probable es que el paciente la recuerde toda su vida. Es fundamental que dicha consulta sea eficaz, que se expresen los miedos y que no se estigmatice a la persona (asociación negativa con algo vergonzoso, poco prestigioso o repulsivo, lo que supone una carga adicional para la persona afectada y, en algunos casos, conduce a la exclusión social y la discriminación). Todo ello ayudará a preparar el terreno para futuras consultas y exploraciones.

Tabla 14

CCM en el trabajo con personas con trastornos psiquiátricos

Habilidades de las «Guías de Calgary-Cambridge»	El uso de estas habilidades es más profundo, específico e intensivo
Introducción	
Prepárate	→ Es fundamental recopilar información antes de comenzar la consulta de la documentación y de quienes ya conocen al paciente. No solo debe averiguar todo lo posible sobre la historia clínica del paciente, sino también evaluar el riesgo para usted y para quienes le rodean. El paciente puede ser peligroso.
Familiarícese	→ Preséntese como psiquiatra o médico de otra especialidad y explique por qué está allí. Esto puede resultar complicado: es posible que el paciente no haya acudido a la consulta por voluntad propia. Por un lado, es necesario explicar claramente quién es este médico y por qué se le ha pedido que atienda a este paciente. Por otro lado, si se sospecha que el paciente padece un trastorno mental, una explicación exhaustiva de su papel como psiquiatra puede generar desconfianza y romper el contacto desde el principio. Evalúe el riesgo de un comportamiento «agresivo» y prepárese en consecuencia.

Habilidades de las «Guías de Calgary-Cambridge»		El uso de estas habilidades es más profundo, específico e intensivo
Recopilación de información		
Escuche, ayude al paciente a expresarse y evalúe su estado emocional	→	Escuche el relato del paciente sobre sus problemas sin preguntarle directamente por los trastornos del pensamiento. Captar las señales no verbales del paciente y hacerle preguntas cuidadosas y precisas sobre su estado de ánimo puede proporcionarle información no solo sobre sus problemas (por ejemplo, cómo le molestan los vecinos), sino también sobre su grado de desconfianza y paranoia. Esto también puede ayudarle a evaluar el grado de sus delirios y alucinaciones. Para establecer contacto, le ayudará examinar primero los problemas externos del paciente (el impacto en su vida), y no los internos. Aclarar las preocupaciones y temores del paciente (al principio, acepte su visión del mundo y sus problemas, sin profundizar demasiado pronto en la supuesta patología) ayudará a establecer contacto. Es posible que el paciente no se considere enfermo, y el médico debe reflejar su experiencia, buscando un entendimiento común de la posición del paciente sobre cómo esa experiencia afecta a su vida.
		Averigüe las creencias del paciente. Reconocerlas sin seguirle «a su antojo», es un arte difícil.
Averigüe la postura del paciente	→	La flexibilidad en el uso de la «espiral de preguntas», desde las abiertas hasta las cerradas, es de vital importancia. Preguntar demasiado pronto o formular preguntas muy directas sobre un trastorno mental puede aumentar la ansiedad del paciente, en cuyo caso hay que invertir la «espiral de preguntas».
Alterne entre preguntas abiertas y cerradas	→	Si el paciente no le sigue y no se abre, puede probar otros enfoques, como una suposición fundamentada, destinada a aclarar la situación. Cuando se haya ganado la confianza del paciente y este esté dispuesto a hablar, sígalo, plantee nuevas preguntas aclaratorias, accesibles y comprensibles para el paciente.
Aclare	→	A veces es necesario captar las señales verbales y no verbales. No reaccione abiertamente ante ellas. Mostrar que se ha dado cuenta de esas señales puede aumentar la desconfianza del paciente.
Esté atento a las señales	→	
Establecimiento de relaciones		
Muestre un comportamiento no verbal adecuado		Mantén la calma, no te precipites. Es importante ser flexible con el contacto visual: un exceso de este puede agitar al paciente y agravar la paranoia. Siéntese y permanezca inmóvil. Tenga cuidado con los contactos físicos, ya que pueden malinterpretarse.
Muestre aceptación	→	Intente ocultar el asombro, demuestre aceptación sin juicios de valor.

Habilidades de las «Guías de Calgary-Cambridge»	El uso de estas habilidades es más profundo, específico e intenso
Establecimiento de relaciones	
Muestra empatía	→ Tenga cuidado de no expresar empatía de forma poco sincera: a la mayoría de los médicos les cuesta ponerse en el lugar de un paciente con una enfermedad mental, y los pacientes lo saben.
Ofrezca apoyo	→ Ofrezca ayuda realista, sin dejarse llevar por el paciente.
Estructuración de la consulta	
Haga un resumen provisional. Exprese sus intenciones	Al comunicar cuidadosamente al paciente las conclusiones provisionales y determinar qué es lo que hay que aclarar a continuación, el médico le ayuda a tranquilizarse. Estructurar la consulta mediante señales y la creación de una secuencia ayuda al paciente al que se sospecha que padece una patología. Expresar las intenciones es importante porque el paciente puede estar distraído o puede malinterpretar el motivo por el que se le hacen preguntas específicas.
Explicaciones y planificación	
Toma de decisiones conjunta	No es fácil decirle al paciente la verdad sobre los efectos secundarios desagradables de un fármaco antipsicótico cuando él o ella no quiere tomarlo en absoluto. Sin embargo, establecer contacto y entenderse con un paciente en el que se sospecha de psicosis es de vital importancia. Una conversación en profundidad, en la que el médico comparte sus opiniones sobre por qué el paciente debe tomar el medicamento, puede depender de hasta qué punto este sea consciente de su estado. El objetivo del contacto y la conversación es que el paciente confíe en el médico y acepte tomar la medicación. Pero llegar a un entendimiento común y el entendimiento puede no ser fácil.

Empatía sin consentimiento

Es muy importante no contradecir al paciente. Muéstrale empatía ante su situación, reconoce la legitimidad de sus preocupaciones, sin necesidad de estar de acuerdo con su interpretación de la realidad.

Médico: «Por supuesto, entiendo lo mucho que debe preocuparle pensar que quieren envenenarle».

A la reacción «¿No me cree?» se puede responder así: «¿Me pregunta si creo que le están dando veneno? Puedo decirle con total seguridad que yo no le estoy dando veneno. No puedo afirmar con certeza si otros le están dando veneno. Pero estoy dispuesto/dispuesta a escucharle y a ayudarle en todo lo que pueda».

Cómo combinar el apoyo al paciente y la defensa de sus intereses con las dudas sobre su postura

Médico: «Entiendo que ahora mismo no se sienta enfermo, pero estoy preocupado por usted. Creo que necesita tratamiento y estoy dispuesto a ayudarle».

La comunicación con personas con discapacidad

En un momento en que el mundo entero y Ucrania avanzan con paso firme hacia una sociedad inclusiva, en algunas conversaciones cotidianas aún se pueden escuchar palabras como «discapacitado»,
«inválido» y «sordomudo». La época soviética se caracterizaba por el hecho de que las personas con discapacidad formaban parte de un colectivo estigmatizado. Existían numerosos estereotipos en torno a ellas. Las personas con discapacidad no eran bienvenidas en la sociedad. Al contrario, a veces se les compadecía en exceso o se les heroizaba, y al mismo tiempo no salían de sus casas. En particular, porque la sociedad no quería verlas.

Objetivamente, no estamos acostumbrados a ver a personas con discapacidad entre nosotros, por lo que podemos sentirnos desconcertados al interactuar con ellas, ya que no sabemos cómo comportarnos. Permíteme darte un pequeño consejo: trata a una persona con discapacidad igual que a una persona sin discapacidad. Por supuesto, hay que tener en cuenta las particularidades de su movilidad o comportamiento, pero esto no es en ningún caso lo más importante en vuestra comunicación. ¿Cómo se debe llamar correctamente a las personas con discapacidad? Personas con discapacidad. Así lo establece la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, y también está consagrado a nivel legislativo en Ucrania.

Si al hablar de una persona con discapacidad necesitas precisar qué discapacidad tiene, di «persona que». Por ejemplo, persona que tiene parálisis cerebral, persona que no oye o persona que utiliza una silla de ruedas. En esto consiste la idea del lenguaje centrado en la persona[1], que se basa en que la discapacidad no es la característica principal de una persona.

[1] People First Language, Oficina de Derechos de las Personas con Discapacidad odr.dc.gov/page/people-first-lan-guage

La mejor forma de hablar de una persona con discapacidad es llamarla por su nombre. Al fin y al cabo, ni la discapacidad congénita ni la adquirida definen a la persona como tal. No pongas la discapacidad en primer plano. La persona es lo primero. Cuando te comuniques con una persona con discapacidad, comunícate con la persona. Si te resulta difícil no fijarte en las limitaciones funcionales, piensa en qué es lo que te resulta extraño.

Las personas con una forma compleja de discapacidad (parálisis, trastornos del desarrollo, etc.) que no pueden hablar también tienen derecho a expresarse. No tomes ninguna decisión en nombre de la persona sin pedirle primero su consentimiento. Pregunta si necesita ayuda antes de ofrecerla.

No agarres de la mano a una persona ciega sin avisarle en voz alta y no empieces a llevarla a ningún sitio si ella misma no te pide ayuda. Por ejemplo, la valla a la que se agarra puede ser su único punto de referencia en el espacio. No empieces a manejar la silla de ruedas si la persona que la utiliza no te ha pedido ayuda para desplazarse.

Puede que te parezca que una persona con discapacidad no puede realizar una tarea, pero recuerda que vive así siempre (no solo cuando la ves), por lo que cuenta con las habilidades necesarias para sobrevivir. Si te pide ayuda de forma clara, ayúdala.

Ten en cuenta el espacio en el que te encuentras. El diseño universal prevé un espacio seguro y cómodo para todas las personas que se encuentran en él. Una persona que utiliza una silla de ruedas, por ejemplo, se sentirá más segura si caminas por una acera llana. Puedes ayudar a una persona ciega a llegar a la dirección deseada si ves que el espacio no está adaptado a sus necesidades. Piensa qué expresiones utilizar antes de hablar. Las personas que utilizan una silla de ruedas van a pasear al parque, no van en coche, así que cuando invites a dar un paseo, no confundas los verbos. Al comunicarte con personas ciegas, es correcto utilizar la expresión «nos vemos».

Cuando hables con una persona sorda que se comunica mediante el lenguaje de signos y cuentes con la ayuda de un intérprete de lengua de signos, mantén el contacto visual directamente con tu interlocutor. Lo mismo se aplica a las personas con discapacidad intelectual: dirígete a tu interlocutor, no a la persona que le acompaña. No se debe empezar a hablar con «voz de niño», como si se tratara de un niño pequeño; esto resulta ofensivo.

No invada el espacio personal. Una norma que resulta habitual para la mayoría, por alguna razón, se incumple al comunicarse con personas con discapacidad. No se debe tocar el bastón blanco, los implantes cocleares o la silla de ruedas, ya que forman parte del espacio personal. Si es necesario, es mejor pedir permiso. Además, cualquier contacto físico puede resultar inaceptable para las personas con trastorno del espectro autista (TEA).

No compadezcas ni heroices a las personas con discapacidad. Heroizar a las personas con discapacidad no tiene ningún sentido, ya que cada persona tiene su propio nivel de fortaleza psicológica y su propio límite de pruebas en la vida que puede soportar. Se puede llamar inclusiva a una sociedad en la que todos sus miembros participan por igual en la interacción.

Interacción con la comunidad LGBTQ(IA+)

LGBTQ(IA+) / LGBTQ(IA+): este acrónimo se actualiza constantemente y engloba diversos conceptos relacionados con el género y la identidad sexual que trascienden las normas heterosexuales o cisgénero. La palabra se forma a partir de las iniciales de las palabras que designan a las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, queer, intersexuales, asexuales, etc.

Consejos útiles para la consulta:

No des por sentado que la persona es heterosexual.

No le preguntes a un hombre de 40 años por su esposa ni a una chica de 16 años por los chicos.

Utilice la palabra «pareja». «¿Tiene pareja?» A continuación, puede hacer una pregunta adicional del tipo: «¿Su pareja es hombre o mujer?»

O puede decir: «Gracias por contármelo. ¿Puedo preguntarle si tiene novio o novia?».

Durante la conversación, utiliza expresiones lo más precisas posible:

En lugar de decir «¿Tuvisteis relaciones sexuales seguras cuando ocurrió?», di «¿Usasteis preservativo durante el acto sexual?».

No diga «Entonces, ¿tuviste relaciones sexuales normales?», esa es una mala pregunta. Debe conocer los detalles. Diga algo como: «Entonces, cuando hablas de sexo, ¿te refieres a sexo vaginal, sexo anal, sexo oral o una combinación de ellos?».

A veces, dependiendo del nivel de comprensión de cada paciente, es posible que tengas que utilizar un lenguaje aún más sencillo que expresiones como
«sexo anal» o «sexo oral». Al fin y al cabo, necesitas saber exactamente qué ha ocurrido para determinar el riesgo médico de ITS, embarazo, etc.

No muestre un interés inadecuado por la identidad de los pacientes, haciendo preguntas o comentando cosas que no estén relacionadas con el problema por el que el paciente ha acudido en busca de ayuda.

Si no está familiarizado con alguna cultura sexual, no tema decirlo.

Es normal que no estés del todo familiarizado con la cultura LGBTQ(IA+). Lo que realmente no está bien es juzgarlos. Demuestra que quieres ayudar:
«¿Podrías ayudarme a entender mejor cómo puedo ayudarte?»

Por **disforia de género** se entiende el sufrimiento emocional relacionado con la experiencia de la propia identidad de género del paciente, que no se corresponde con el fenotipo o con el rol social de género, por lo general asociado a dicho fenotipo. La presencia de este malestar puede llevar a la persona a necesitar asistencia médica.

A los pacientes les suele resultar difícil confiar sus sentimientos de disforia de género a un médico de atención primaria, ya sea porque estos médicos suelen conocer a los familiares de dichos pacientes, o porque sienten miedo, temor a las burlas, culpa o vergüenza, o debido a otros factores sociales actuales que les impiden solicitar ayuda y tratamiento. Estos factores y las expectativas de retrasos en la obtención de tratamiento en el sistema sanitario han dado lugar a un aumento del número de personas que se automedican (en particular, con medicamentos hormonales).

Las personas que se encuentran en proceso de transición de género, o aquellas que ya viven de acuerdo con el rol de género deseado que se corresponde con su identidad de género, deben ser tratadas con el nombre y el tratamiento (señor, señora) que ellas consideren correcto. Si el personal, ya sea médico o administrativo, tiene dudas, debe preguntar a las personas cómo desean que se dirijan a ellas. Al utilizar la palabra
«transgénero», debe utilizarse como adjetivo, por ejemplo: persona transgénero.

Te invitamos a ver los vídeos «Museo de la Aceptación 2, Járkov. Episodio 5», «¿Se encuentran los médicos con personas LGBT?», «Las personas LGBT en el hospital» y «Atención a pacientes LGBT+» (los enlaces a los vídeos se incluyen al final de la sección).

PARTE 2. TAREAS PRÁCTICAS

Casos para trabajar en grupos reducidos:

Caso 1

Victoria acudió al ginecólogo con una queja de dolor en la parte baja del abdomen. La doctora le propuso un reconocimiento para determinar la causa del dolor.

Mientras Victoria se desvestía y se preparaba para la exploración, la médica le hizo las preguntas habituales para aclarar algunos detalles. Entre otras cosas, le preguntó: «¿Mantiene relaciones sexuales con su pareja?»

Victoria respondió que solo mantenía relaciones sexuales con mujeres. La médica dijo que, en ese caso, se negaba a examinarla y a prestarle asistencia.

Caso 2

Una mujer de 60 años acudió al hospital por un dolor persistente en la pierna; el médico, la consulta explicó:

«¿Qué le vamos a hacer, son cosas de la edad?», pero la paciente insistió en que se le realizara una radiografía, que reveló una fractura ósea.

Caso 3

Un hombre que acababa de salir de prisión acudió a la médica de familia. Al examinar al paciente, la médica se fijó en la gran cantidad de tatuajes que tenía y le preguntó por su significado.

Tras la detallada respuesta del paciente, la médica le pidió que firmara una nueva declaración con otro especialista, ya que sus principios morales no le permitían tratar a «una persona así».

Caso 4

En el hospital donde se encuentra ingresado (el personal)(de la cocina) (tiene) un horario (de trabajo) (de 8:00 a 17:00).

Mustafa es musulmán y observa el Ramadán, es decir, solo come antes del amanecer y después del atardecer.

Además, el médico responsable ha recetado (preparados) que se deben tomar antes (del) (desayuno, almuerzo y cena). A petición de Muel personal (sobre los cambios) (en la) (ficha de) (prescripción) de los (medicamentos), la doctora respondió: «A todos los trato así. Esta es su esquema».

Tarea:

¿Existe discriminación en este caso? ¿Por qué motivo? ¿Cómo se debe actuar con tolerancia?

¿Hay alguna particularidad en la consulta en este caso? Si es así, ¿cuáles?

Respuestas a los casos prácticos

Caso 1

- Sí, existe discriminación por orientación sexual;
- realizar una consulta según el modelo de Calgary-Cambridge;
- sobre la comunicación durante la consulta con la comunidad LGBTIQ+ se incluye en el manual (pág. 319).

Caso 2

- Sí, existe discriminación por edad:
- Llevar a cabo una consulta de acuerdo con el modelo de Calgary-Cambridge Teniendo en cuenta que no todos los problemas de salud pueden estar relacionados con el envejecimiento
- sobre la comunicación durante la consulta con los pacientes de edad avanzada se recogen en el texto de lectura (pág. 305).

Caso 3

- Sí, existe discriminación por tener antecedentes penales;
- realizar consulta con dignidad con el modelo de Calgary Cambridge;
- No hay.

Caso 4

- Sí, existe discriminación por motivos de ;
- tener en cuenta las creencias y los valores del paciente (protocolo BALANCE);
- en esta situación conviene considerar la prescripción de medicamentos de acción prolongada, que se podrían tomar una vez al día; la cuestión de la organización de la alimentación de la gestión de dicho hospital. ámbito

Preguntas para el diario reflexivo:

¿Qué he aprendido sobre mí mismo y sobre mis nuevas perspectivas en la sesión? ¿Cómo puedo aplicar esto en mi vida futura y en la práctica médica?

Presentación del tema en el enlace:

bit.ly/3dl42ze

Versión completa de la clase en el enlace:

bit.ly/3lvsn3N

EN LUGAR DE EPÍLOGO

EN LUGAR DE UN EPÍLOGO

LA HISTORIA DE LA MAMÁ DE ALLA Y LA IMPORTANCIA DE LA ELECCIÓN DE LAS PALABRAS

Mi madre era muy sensible: cuando alguno de los niños tenía fiebre, a ella también le subía la temperatura. Además, mi madre reaccionaba mucho a las palabras: podía ponerse enferma por el simple hecho de que alguien le dijera algo desagradable. Era tímida y asustadiza.

En julio de 2001, operaron a mi madre del intestino: le extirparon un tumor. No era maligno.

Aquel verano fue seco y caluroso. Por los pasillos del hospital soplaba un viento cálido.

Cuando mamá recuperó el conocimiento tras la anestesia, Andriy y yo entramos en la sala de reanimación. Allí también hacía calor. Por las ventanas abiertas entraba libremente un viento seco y débil. En seis camas —altas como mesas— yacían inmóviles, en diversas posturas, hombres y mujeres desnudos con la cabeza, las manos y las piernas vendadas; a través de las vendas se transparentaba la sangre.

Mi madre también estaba desnuda, solo le cubría el vientre una gran servilleta ensangrentada, de debajo de la cual sobresalía un tubo. Por él burbujeaba lentamente un líquido turbio que goteaba en un frasco debajo de la cama. A medio metro a la izquierda de mi madre yacía, con los brazos y las piernas extendidos, un hombre corpulento de unos cincuenta años con una venda en la frente. Al otro lado, gemía con voz ronca un joven con el rostro ensangrentado.

Nnadiepodría(imaginar)para mi tímida madre
gshxtort,npoklst desnuda entre hombres

Pensé que nadie podría haber ideado para mi tímida madre un tormento peor que dejarla desnuda entre hombres. Busqué con la mirada algo con qué cubrir su desnudez, pero no encontré nada.

—¿Por qué no les cubres al menos un poco? —le preguntó a la doctora.

—Tienen heridas. Pero no se preocupe, a ellos les da igual. Este no es un lugar donde la gente se avergüence.

Mamá volvió la cabeza al oír mi voz, abrió los ojos y nos miró con la mirada turbia. Dijo con reproche: «¿Por qué me han traído aquí tan tarde?.. Pero qué más da ahora...» —y se dio la vuelta. Había tanto reproche y resignación en su voz que mi corazón se aceleró asustado: ¿se había rendido? ¿Por qué?!

Recordé: cuando la trajimos al hospital con dolores de estómago, el cirujano le dijo delante de ella: «¿Por qué la han traído tan tarde?». El mismo cirujano que sabía de su tumor, pero no le había propuesto operarse antes. El cirujano no pensó que una persona enferma pudiera asustarse con sus palabras y dejar de tener esperanzas de salvarse.

Mamá pidió:

– «Tráeme pañales». La enfermera me regañó y me dijo: «Eres una mujer adulta y te has hecho pis en la sábana. Límpialo tú misma».

El médico nos echó rápidamente y, en el pasillo, dijo que ahora todo dependía de si su intestino empezaba a funcionar, de si era capaz de evacuar.

– Le dimos una dosis fuerte de laxante para poner en marcha el intestino. «Todavía goza de bastante buena salud, debería recuperarse», dijo él.

Cuando llegamos al día siguiente, mi madre ya estaba en coma. El intestino no había vuelto a funcionar, no había vuelto a evacuar ni una sola vez. El 26 de julio falleció. Tenía 75 años y gozaba de muy buena salud; todas las mujeres de su familia que yo conocía vivían hasta los 95-98 años.

Estoy segura de que las palabras del cirujano «¿por qué tan tarde?» antes de la operación y los reproches de la enfermera después fueron decisivos en esta historia. Las palabras del cirujano («¡tarde!») le quitaron la esperanza, y ante los reproches de la enfermera, mi madre, por su timidez, simplemente bloqueó el intestino para que, Dios no lo quiera, no se «haga pis en las sábanas».

Esperamos que este manual les permita a ustedes, a sus oyentes y a sus pacientes entenderse mejor entre sí. Que las dudas sobre si fueron las palabras las que mataron a mi madre no atormenten a las hijas o hijos de sus pacientes, ni a los pacientes de sus alumnos,

ya que llevan 20 años atormentando a Alla. Que los conocimientos e ideas aquí recopilados os sirvan de apoyo y os permitan sufrir menos estrés, disfrutar más de vuestra profesión y obtener mejores resultados.

Deseamos y esperamos que la atención sanitaria sea más humana y que todos sus agentes —médicos, enfermeras, gestores y pacientes— se preocupen unos por otros con mayor empatía. Porque la empatía y la humanidad son puentes sólidos hacia la confianza. Y cuando hay confianza, no hay nada que temer.

Cuando hay confianza, no hay nada que temer

Alla Tiutiunyk







LISTAS DE COMPROBACIÓN PARA PROFESIONALES SANITARIOS Y PACIENTES

LISTAS DE COMPROBACIÓN PARA PROFESIONALES SANITARIOS Y PACIENTES

Pequeños gestos que ayudan a construir una buena relación

Tras todo lo estudiado y dicho, decidimos elaborar una lista con lo que es bueno y lo que no lo es para la relación entre el médico y el paciente. Creamos una lista de verificación para los profesionales sanitarios y nos dimos cuenta de que los pacientes también necesitan comprender mejor qué hacer y qué evitar en su relación con ellos. Las relaciones son siempre un asunto bilateral.

Hemos comparado estas listas y hemos descubierto que hay muchas cosas en común que deben cumplir ambas partes. A saber:

La cortesía básica es recíproca. En un contexto de un nivel extremadamente alto de agresividad en la sociedad, puede ser salvadora y crear un mínimo de seguridad para el desarrollo de relaciones futuras.

La comunicación también es recíproca. Al fin y al cabo, se pueden prevenir muchos errores o conflictos gracias a una comunicación de calidad por ambas partes. Las preguntas bien planteadas, la preparación para la reunión y el resumen pueden ser una excelente guía para conversaciones difíciles.

Ambas partes deben respetar también los principios éticos básicos. Las normas éticas básicas —el respeto por la persona, sus límites y sus emociones— son uno de los primeros pilares de la confianza. Sin ellas, no es posible mantener una relación constructiva. Ignorar las normas de comportamiento relativas a los límites conduce directamente a profundas ofensas y hostilidad, provocadas principalmente por el incumplimiento de estas normas.

La **seguridad y la higiene** son responsabilidad, en gran medida, de ambas partes, y es importante que trabajen en equipo para proteger a cada una de ellas de los errores. Porque el precio de un error aquí es demasiado alto: a veces pueden costar vidas.

La toma de decisiones también es conjunta. Al fin y al cabo, de ellas depende no solo el resultado clínico, sino también la calidad de vida. Para distribuir correctamente la responsabilidad del proceso de tratamiento entre el personal sanitario y los pacientes, y asegurarse de que esa decisión sea la adecuada precisamente para ese paciente concreto, hay que aprender a entablar un diálogo, y eso es cosa de ambos. Y a algunas personas también hay que enseñarles a tomar decisiones.

La comunicación en situaciones de crisis es el mayor dolor tanto para el personal sanitario como para los pacientes. Las situaciones conflictivas y de crisis consumen la mayor parte de las fuerzas y las emociones. Destruyen la confianza y aumentan la brecha entre ambas partes, y para preservar las relaciones orientadas al tratamiento y la recuperación, es de vital importancia aprender a gestionar la comunicación en situaciones de crisis.

Respeto hacia el cuerpo: dado el contacto tan cercano entre el médico y el paciente y la necesidad de contacto físico entre personas que a veces apenas se conocen, ambas partes debemos aportar más cuidado y respeto, conciencia y sensibilidad hacia los aspectos corporales en la interacción entre el profesional sanitario y el paciente.

Durante nuestras consultas con el personal sanitario y los pacientes, los representantes de ambos grupos objetaron: «Nos exigís demasiado. Si ellos (es decir, los de enfrente: los médicos para los pacientes y los pacientes para los médicos) empiezan a comportarse mejor, nosotros también daremos un paso hacia ellos».

Pero, independientemente del lado en el que nos encontremos, podemos asumir la responsabilidad de nuestro propio comportamiento, pero no podemos controlar el de los demás. Por eso, nuestro equipo de coautores cree firmemente que cada uno debe empezar por sí mismo. Cuando los profesionales sanitarios y los pacientes vayan incorporando punto por punto estos consejos a sus hábitos, cada encuentro entre ellos será más satisfactorio para ambas partes, o incluso enriquecedor. Y, paso a paso, estas sencillas recomendaciones permitirán evitar muchos malentendidos y, ladrillo a ladrillo, construir una confianza mutua en el sector sanitario.

Estas listas, o listas de verificación, se pueden utilizar de diversas maneras. Los profesionales de diferentes especialidades pueden consultarlas para aplicar su práctica; se pueden debatir o adaptar a las necesidades de sus departamentos o centros; se pueden utilizar para aprender y enseñar a otros, con el fin de cambiar, punto por punto, la cultura de la interacción en los centros sanitarios.

LISTA DE COMPROBACIÓN BÁSICA DE DIGNIDAD PARA EL PERSONAL SANITARIO

Cosas sencillas que ayudarán a evitar muchos problemas con los pacientes y a construir una confianza mutua

Contextos habituales: adultos, niños, centro de salud, hospital, unidad de cuidados intensivos.
Puede ser aplicable en todos los contextos.

Cortesía básica

Míralle a los ojos cuando sea posible.

Busque un lugar en el espacio en el que sus ojos estén a la misma altura que los del paciente.

Salude y preséntese.

Cuando sea apropiado, sonríe: una sonrisa nunca está de más. Al saludar, indica la hora del día:

«Buenos días/mañana/tarde/noche». Dirígete al paciente por su nombre (olvídate de «tío»,

«mamita»,
«señora», «niño» y otros términos familiares y despectivos).

Diríjase en primer lugar directamente al paciente y, si es necesario, a la persona que lo acompaña. Llame a la puerta cada vez que vaya a entrar en la habitación y pregunte si puede pasar. Silencie su teléfono móvil.

Si le llaman por teléfono, no conteste la llamada mientras se encuentre en la habitación del paciente o en su presencia.

Ética básica

Demuestre su respeto hacia el paciente y su interés por el problema por el que ha acudido.

No comente los detalles del diagnóstico o del tratamiento en espacios abiertos ni en presencia de personas ajenas.

Mantenga todo lo que le diga el paciente (tanto bajo los efectos de medicamentos como sin ellos) entre usted y él o ella.

En lugar de criticar a otros médicos, explique detalladamente al paciente sus recomendaciones y argumente los cambios en el tratamiento.

Respete la decisión del paciente si ha decidido pedir una segunda o tercera opinión. Y sobre todo, no «se ponga a la defensiva» ni remita a la persona a ese médico para que la trate.

No hable de otros pacientes o médicos en presencia del paciente, aunque este se encuentre inconsciente.

En presencia del paciente, no hable de él o ella con otras personas en tercera persona, incluso si está inconsciente. No se entrometa en los asuntos privados del paciente sin motivos profesionales suficientes.

Comunicación

Establezca una relación con la persona. Un paciente de cualquier edad y en cualquier estado no es un cuerpo ni un conjunto de diagnósticos, sino una persona real y viva.

Estructura la consulta.

Pregunte al paciente cuáles son sus expectativas respecto al tratamiento o la rehabilitación.

Haga más preguntas abiertas.

Esté preparado para explicar al paciente para qué se le ha recetado algo, qué efecto puede esperar y cuándo aproximadamente.

Evita las bromas ambiguas y la jerga médica.

Resuma periódicamente lo que ha escuchado y, si es necesario, haga preguntas aclaratorias al paciente.

Toma de decisiones

Proporcione al paciente suficiente información para que pueda tomar una decisión.

Respete la elección del paciente si rechaza total o parcialmente sus propuestas o prescripciones.

Informe al paciente sobre posibles sustitutos, medicamentos alternativos o principios activos (si procede) al recetarle un medicamento, por si los productos recomendados no estuvieran disponibles.

Coordine sus acciones con el representante del paciente si este no es capaz de tomar decisiones.

El cuerpo

Informe siempre al paciente de lo que va a hacer con él o ella y por qué.

Pida siempre al paciente su consentimiento para realizar manipulaciones o tocar su cuerpo.

Para realizar cualquier procedimiento íntimo con el paciente, utilice una mampara y cubra su cuerpo.

No deje que los pacientes permanezcan tumbados, de pie, sentados o en movimiento

desnudos. No examine a los pacientes en presencia de personas del sexo opuesto.

Fomente la autonomía del paciente en las rutinas de higiene en la medida en que pueda mantenerla. En primer lugar, ir al baño: caminando, de pie, sentado o en un orinal, siempre que sea posible.

No le ofrezca un pañal a un paciente que pueda controlar sus esfínteres.

Seguridad e higiene

Cuando sea necesario usar guantes, póngase un par nuevo y quíteselos en presencia del paciente.

Abra las jeringas, ampollas y otros consumibles en presencia del paciente.

Cubra las camillas, sillones, etc., con sábanas o pañales limpios antes del procedimiento en presencia del paciente.

Vuelva a preguntar el nombre o la fecha de nacimiento de la persona antes de realizar manipulaciones importantes para evitar errores.

Medidas para evitar crisis

Cuídese a sí mismo, sus nervios y los de sus pacientes. Por lo general, los pacientes responden con la misma actitud.

Haga todo lo posible por mantener la calma, no sea grosero ni se enfade, no levante la voz.

Advierta sobre las posibles consecuencias negativas o efectos secundarios de las intervenciones y los medicamentos, e informe sobre el plan de acción en caso de que algo salga mal.

Intente evitar al máximo el uso de la coacción durante los procedimientos. Si se trata de un niño o de un paciente que se encuentra en un estado mental inestable, cuente con el apoyo de sus familiares.

No critique ni regañe al paciente. En su lugar, explíquele cómo, qué y para qué hay que hacerlo.

Si el paciente tiene miedo o entra en pánico, déjele tiempo para que se calme.

Ofrézcale al paciente la posibilidad de tomar notas. Dosifique la información y compruebe si el paciente la entiende (especialmente cuando esté agitado o se encuentre en un estado emocional muy intenso).

LISTA DE COMPROBACIÓN BÁSICA DE RESPETO HACIA EL PACIENTE

Cosas sencillas que te permitirán mejorar la interacción con el médico o la enfermera y evitar un montón de problemas

Preparación para la visita o la conversación

Haga una lista de sus quejas, síntomas u otras cuestiones.

Anote los detalles importantes: tanto los relacionados con las molestias o el malestar como los relativos a la toma de medicamentos.

Organice sus notas:

- cuáles son tus principales molestias,
- qué acontecimientos los provocaron,
- cuándo empezaron,
- si siente dolor, descríbalo (si es punzante, opresivo, agudo, etc.), así como su intensidad en una escala del 1 al 10,
- qué medicamentos toma,
- la fecha de su última menstruación (si procede).

Prepare los resultados de los análisis o pruebas y la documentación médica, y tráigalos consigo.

Refresque su memoria sobre su historial médico para poder responder rápidamente a las preguntas o, si es necesario, contárselo brevemente al médico.

Infórmese con antelación sobre la situación contractual del centro con la NSZU (si y cuando sea pertinente).

Lleve consigo un cuaderno (o encienda la grabadora, avisando al médico y explicándole que lo hace para poder volver a escuchar la conversación) y anote la información principal de la conversación con el médico.

Cortesía básica

No entre de improviso en la consulta, aunque sea «solo para preguntar» o «solo para recoger un certificado».

Respete el orden de la cola.

Salude y diga su nombre, diríjase al médico o a la enfermera por su nombre (por su nombre y apellido).

Empiece con un tono amistoso y cordial.

Al principio, pregunte al médico si le viene bien hablar en ese momento. Aclare cuánto tiempo hay para la conversación.

No utilice el teléfono durante la visita. Mantenga el contacto

visual siempre que sea posible.

No le haga perder tiempo al médico con temas que no tengan que ver con el motivo de la visita.

Pregunte al médico cuáles son los horarios y los canales de comunicación que le resultan más cómodos para resolver dudas que puedan surgir después de la visita.

No facilite el número de móvil del médico a otras personas sin su consentimiento.

Ética básica

No llames al médico o a la enfermera ni les exijas una atención urgente o un trato especial por el hecho de que seas hermano, hermana, padrino, madrina, suegro, suegra, diputado, diputada, cliente de un seguro corporativo (y la lista podría seguir), , ya que, en el contexto de las relaciones profesionales, para el médico no hay personas VIP. Solo hay pacientes a los que debe dar prioridad en función de su estado de salud.

Informe al médico de su intención de obtener una segunda opinión o de acudir a otros especialistas para recibir tratamiento.

No pregunte a los médicos: «¿Trataría así a su madre/padre/hijo/marido?». En su lugar, comparta sus temores o plantee las preguntas que le preocupan.

Si sientes que no puedes confiar en el médico, es mejor buscar a otro.

Respete la privacidad de los demás pacientes.

No fotografíe ni grabe en vídeo a otros pacientes.

Comunicación

Empieza con tu lista de preguntas y decide junto con el médico en qué orden las vais a tratar.

Informe al médico de cualquier particularidad cultural o religiosa que pueda influir en su problema, síntomas o diagnóstico.

Responda con sinceridad a las preguntas del médico.

Comparte con el médico tus miedos, expectativas y dudas.

Céntrate en la conversación. Expón la información relacionada con el motivo por el que has acudido al médico. Evita las preguntas generales, ten claro lo que necesitas saber y sé concreto en tus expresiones.

Ralentice la conversación o interrumpa educadamente al médico cuando no entienda algo o no esté de acuerdo con algo. Haga preguntas si hay algo que no le queda claro. Compruebe que ha entendido bien lo que se ha dicho haciendo preguntas de aclaración.

Si necesita hablar con el médico a solas, dígaselo.

Haga un resumen durante la conversación y al final. Asegúrese de que todas sus preguntas hayan sido abordadas y sus necesidades, escuchadas.

Pregunte por los objetivos de las citas, el resultado esperado, los efectos secundarios y los pasos a seguir en caso de que algo salga mal.

Ofrezca comentarios sinceros —tanto positivos como negativos— de forma amable.

Toma de decisiones conjunta

Informe al médico sobre el grado en que desea participar en la toma de decisiones, la cantidad de detalles que desea conocer y qué familiares desea que participen.

Avise al médico de posibles particularidades culturales o religiosas que puedan influir en su elección del tratamiento.

Comunicación en situaciones de crisis

Cuídese, cuide sus nervios y los de los profesionales sanitarios.

Haga todo lo posible por mantener la calma, no sea grosero ni se enfade, y no levante la voz.

Algunas frases que pueden ayudar en caso de dificultades:

- Me preocupa que no nos hayamos entendido del todo. Esto es lo que pienso...
- Necesito hablar con usted sobre «A». ¿Podemos discutirlo ahora?
- Entiendo que tiene prisa. Necesito mucho hablar sobre «A». ¿Cuándo puedo llamarle o volver a visitarle?
- Por favor, ayúdame a entender «B».
- Quiero asegurarme de haberle entendido bien. Me ha dicho que haga «ABCD». ¿Es así?
- Me cuesta entender la terminología médica. ¿Podría hablar más despacio y explicármelo en un lenguaje sencillo?
- ¿Qué término debo buscar en Google para obtener más información sobre la enfermedad/el procedimiento/el medicamento? ¿Qué me recomienda leer?

Pida cortésmente al médico que le facilite la prescripción y la información sobre el diagnóstico por escrito, con firma y sello.

En caso de que surjan situaciones conflictivas, mantenga la calma y diríjase al jefe de servicio o al médico jefe. Es recomendable hacerlo mediante una solicitud por escrito en la que exponga sus preguntas o quejas, y registrarla en la secretaría.

Seguridad e higiene

Antes de acudir al médico, dúchese y póngase ropa limpia y cómoda, así como ropa interior limpia por si tiene que desvestirse, y lávese los dientes.

Por si acaso, llévate una toalla, servilletas, agua y calcetines limpios.

Puede pedir al personal sanitario que abra los productos desechables y las ampollas en su presencia.

Lávate bien las manos con la mayor frecuencia posible durante la visita al centro médico y después de ella.

Esté atento a los efectos secundarios de los medicamentos o procedimientos y comuníquelos al médico.

PALABRAS DE APOYO DE LÍDERES DE OPINIÓN

«La calidad de la atención médica no empieza por unos conocimientos especiales ni por el dominio de las últimas tecnologías, ni por el «sentido del deber», ni por los «estándares de nuestra clínica» y, mucho menos, por una llamada de la dirección sobre alguien «muy importante». La verdadera calidad de la atención médica empieza por la empatía. Cuando el médico y la enfermera ven no a un «paciente» ni siquiera a un «cliente», sino a una persona. Una persona con una historia única, con todas las matices de su experiencia y emociones, con dignidad humana y valor incondicional. Y se comportan tal y como les gustaría que se comportaran con ellos si estuvieran en el lugar de esa persona. Con respeto, comprensión y apoyo».

Katerina Bulavinova
experta médica del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
(UNICEF) en Ucrania

«En Ucrania no existe un debate público sobre la confianza en el sistema sanitario y en los médicos. El bajo nivel de confianza en la medicina se debe precisamente a la retórica agresiva, y en ocasiones tóxica, que el personal médico dirige a los pacientes y a sus familiares. Los resultados negativos de los tratamientos, difundidos en los medios de comunicación o a través del «boca a boca», refuerzan aún más la desconfianza. Una de las causas de la fragmentación de la relación entre el médico y el paciente es la falta de formación del personal médico en habilidades comunicativas. Nadie nos enseñó cómo comunicar un diagnóstico de cáncer a un paciente o la muerte de un paciente a sus familiares. Aprendimos de nuestros colegas más veteranos cómo hacerlo o, por el contrario, cómo no hacerlo. El manual «Humanidad y empatía en la atención sanitaria» contiene toda la información actualizada para cubrir el déficit de información teórica, y su parte práctica permitirá introducir rápidamente, con ejemplos concretos, las técnicas de comunicación adecuada en el trabajo diario de los médicos. Este manual reduce la brecha comunicativa entre el paciente y el médico, pero, para empezar, los médicos deben leerlo. Es imprescindible».

Andriy Beznosenko
director médico del Instituto Nacional del Cáncer,
cirujano oncológico

«Durante la consulta de hoy en nuestro centro de salud rural, pensé que la paciente tenía demasiadas quejas para una sola visita. Recordé la frase de reflexión de esta mañana: “Trata a los demás como te gustaría que te trataran a ti”. Pero Dios, en lugar de convertirme en un mejor médico, eleva cada día el listón de los retos emocionales, y para superarlos tengo que buscar yo mismo herramientas prácticas...

«Un libro nada aterrador...» lo leímos con mi esposa poco a poco y cada noche organizábamos un círculo de reflexión para encontrar paralelismos con nuestra vida y nuestro trabajo en la comunidad. Juntos descubríamos y probábamos nuevas herramientas:

Me parece que estáis desorientados ante tal cantidad de quejas, intentemos analizar una parte ahora y otra dentro de una semana...

«Aunque no hayamos concluido el trabajo con esta persona, la conversación me ha dejado la sensación de que sin duda encontraremos una solución a nuestros problemas. Además, entiendo que la empatía no es solo una herramienta práctica para interactuar con el paciente en la consulta, sino también nuestra higiene emocional diaria».

Vadim Vus
médico de familia,
formador de la Academia de Medicina Familiar de Ucrania

«La transparencia del hospital es una de las tradiciones que hemos heredado de Mykola Amosov y del Instituto de Cirugía Cardiovascular bajo su dirección. La transparencia nos ayuda a obtener mejores resultados clínicos. La apertura ayuda a reducir el agotamiento. La apertura ayuda a generar confianza, y la confianza entre el médico y el paciente no tiene precio. Es importante aprender a ser abierto desde el primer curso y practicarlo desde la primera consulta hasta el último alta».

Ilya Yemets
Doctor en Medicina,
director del Centro de Cardiología Infantil y de Cirugía Cardíaca, profesor del Departamento de Cardiología y Cirugía Cardíaca de la Universidad Nacional de Medicina y Odontología «Platón Shupyk»

«Las cuestiones relacionadas con la comunicación, la humanidad y la orientación hacia el paciente son muy importantes para la comunidad médica, los pacientes y la sociedad en general. La salud humana es el valor más importante. Siempre destaco que la salud humana comienza a formarse durante el desarrollo intrauterino y en los primeros años de vida. La educación de la sociedad y una comunicación adecuada entre los profesionales sanitarios y los pacientes, basada en el respeto y la humanidad, pueden hacer del mundo un lugar mejor, más acogedor y más seguro. Precisamente este manual, elaborado por el grupo de autores, contribuirá de manera significativa a estos cambios. Para mí, personalmente, la colaboración en los grupos de trabajo con los miembros del equipo de autores ha sido una experiencia importante en materia de comunicación y me ha dado respuestas a preguntas complejas».

Yelizaveta Shunko,
doctora en Medicina, profesora, miembro correspondiente de la Academia Nacional de Ciencias Médicas de Ucrania,
jefa del Departamento de Neonatología de la Universidad Nacional de Salud en honor a Platon Shupyk

MUCHÍSIMAS GRACIAS

ensiete,quiénodirectoosiop se esforzó de todo corazón para que este manual viera la luz:

Valentina Anufriyeva
Víktor Artemenko
Taras Bezpaly
Daria Bogdan
Alina Borisova
Irina Borovik
Inna Volosevich
Tetiana Gavrysh
Natalia Galiash
ONG «Ranni ptashky»
Olga Gvardovska
A Oleksii Golovin
Anastasia Goretska
A Olena Gorska
Sofía Gusak
A Oleksandr Gusakov
Daria Dmitrievska
Andreas Eret
Olena Ignashchuk
Marina Kakhnova
Al equipo de Info Sapiens
A los equipos de la ONG «Gorizontali» y «Un libro nada aterrador...»
A Olena Korotun
A Oleksandr Kostyuk
A Olena Kostyuk
Anna-Verónica Krasnopolskaya
Larisa
Anastasia Leukhina
Yulia Martinenko
Natalia Mitiayeva
Irina Movchan
Aliona Okhotnikova
Oksana Petrynich
Viktoria Pidvorchanska
Natalia Povar
María Popova
Tetiana Popova
Olga Poshurueva
Nina Reznichenko
Natalia Rudakova
Tetiana Sendetska
Pavlo Silkovskyi
A Iván Simonovskiy
Zoryana Skaletska
Yuriy Smolensky
Tetiana Stepurko
A Petro Tochilkin
Yulia Tykholaz
A Yulia Turpakova
Alya Tyutyunyk
A Oleksii Kharitonov
María Khrapachova
Iván Chernenko
Elizaveta Shunko
María Shilo
Anastasia Shurenkova
Tetiana Shchudrova

Publicación educativa
Leukhina Anastasia Gennadievna

HUMANIDAD Y EMPATÍA EN LA ATENCIÓN SANITARIA

MANUAL PARA DOCENTES

Idea y coordinación **Anastasia Leukhina**
Coordinación **, Olena Ignashchuk**
Portada, diseño, maquetación, tratamiento de ilustraciones y composición **Alina Borisova**
Edición **Maria Khrapachova**
Corrección: **Olga Poshurueva**

Aprobado para su impresión: --.--.----. Formato: .....
Impresión offset. Papel …. Tirada ….. ejemplares. N.º de orden ….

Proyecto ucraniano-suizo «Desarrollo de la educación médica» 01001, Kiev,
calle Luteranska, 6B, apto. 43
tel.: +380 44 384 10 09
Correo electrónico:events@mededu.org.ua
mededu.org.ua

Editorial e impresión: **Maestro de libros**
Svidotstvo, número de registro 03037, Kiev,
calle Maksima Kryvonosa, 2B
Correo electrónico: zamov@masterknyg.com.ua

«La apertura nos ayuda
a obtener mejores resultados clínicos.
Sufrir menos agotamiento. Generar
confianza
y la confianza entre el médico y el paciente es
no tiene precio. Es importante
la apertura desde el primer curso,
aprender
y a ponerla en práctica —desde el
primer
desde la consulta hasta el último alta».

Ilya Yemets, doctor en Medicina, director
del Centro de Cardiología y Cirugía Cardíaca Infantil,
profesor del Departamento de Cardiología
y Cirugía Cardíaca de la Universidad Nacional de Medicina
y Odontología «Platón Shupyk»

«Las cuestiones de la comunicación, la humanidad y la orientación hacia el paciente son muy importantes para la comunidad médica, los pacientes y la sociedad en general. Precisamente este manual, elaborado por un grupo de autores, supondrá una importante contribución a estos cambios. Para mí, personalmente, la colaboración en los grupos de trabajo con los miembros del equipo de autores dio respuesta a preguntas complejas».

Yelizaveta Shunko, doctora en Medicina, catedrática, miembro correspondiente de la Academia Nacional de Ciencias Médicas y de Salud de Ucrania, directora del Departamento de Neonatología de la Universidad Nacional de Medicina y Odontología «Platón Shupyk»

«La empatía no es solo una herramienta
práctica
de interactuar con las personas
en la consulta, sino nuestra higiene emocional
».

Vadym Vus, médico de familia, formador de la Academia
de Medicina Familiar de Ucrania

«El manual "Humanidad y empatía
en la atención sanitaria» recoge todo
datos actuales para cubrir
el déficit de información teórica,
y su parte práctica permitirá
introducir de forma rápida y con ejemplos
concretos
introducir las técnicas correctas
la comunicación en el trabajo diario de los
médicos.
Este manual reduce la brecha
en la comunicación entre el paciente y
el médico, pero, para empezar, los médicos
deben
leerlo. Es imprescindible».

Andriy Beznosenko, director médico del
Instituto Nacional del Cáncer,
cirujano oncológico

«La verdadera calidad de la asistencia médica comienza con la empatía. Cuando el médico y la enfermera ven no
«No como un “paciente” ni siquiera como un “cliente”, sino como una persona. Una persona con una historia única, con todas las matices de sus experiencias y emociones, con dignidad humana y un valor incuestionable. Y se comportan tal y como les gustaría que se comportaran con ellos si estuvieran en el lugar de esa persona. Con respeto, comprensión y apoyo».

Kateryna Bulavinova, experta médica del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en Ucrania

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Швейцарська Конфедерація

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Бенефіціар проєкту

Swiss TPH
Swiss Tropical and Public Health Institute
Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut

РОЗВИТОК МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ
УКРАЇНО-ШВЕЙЦАРСЬКИЙ ПРОЄКТ

ГОРИЗОНТАЛІ

El proyecto está financiado por la Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación. Las opiniones e ideas presentadas en esta publicación pertenecen a los autores y no reflejan necesariamente las opiniones de la Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación.