

Tema 11. Generalidades sobre la relación personal sanitario-enfermo



La relación personal sanitario-enfermo

La relación entre el personal sanitario y el paciente constituye la vía por la cual se dispensa el tratamiento y se logra la curación del enfermo. No se puede concebir ni el tratamiento ni la curación sin hacer referencia al proceso de relación, es decir, a todos los aspectos psicosociales que se desencadenan en dicho proceso de influencia: enfoque integral del tratamiento.

Hay que tener en cuenta que el paciente es una persona, con sus características individuales y sus circunstancias, y que la relación que se establece entre él y el P.S., las relaciones interpersonales, son una parte del proceso básico de curación. No se puede hablar de una intervención quirúrgica, o del seguimiento de un crónico, sin aludir a las relaciones interpersonales.

El P.S. junto con el paciente forman un **sistema**, lo que supone una compleja trama de interacciones, de forma que la conducta de un elemento del sistema repercute en todo el sistema, y por lo tanto en la conducta de otros elementos.

Una de las primeras conceptualizaciones de la relación P.S.-E. proviene de Parsons (1975). Lo enfoca desde los roles sociales, y se centra sobre todo en la relación entre el médico y el paciente. Destaca la dependencia mutua de ambos roles: no se puede explicar el uno sin el otro, resultan complementarios. Otra característica de los roles es la **asimetría**, ya que uno es de autoridad situacional (médico) y el otro de dependencia. Ambos son roles institucionalizados. Otra característica es la **confianza mutua**. La responsabilidad de la curación no sólo es del médico, sino también del paciente, que ha de colaborar en su propia salud, colaboración sin la cual la mejoría es imposible. La dependencia del enfermo respecto al P.S. no implica pasividad. El rol del médico implica cierto poder, es el polo elevado de la disimétrica relación entre ambos. Este poder estriba en que posee unos conocimientos de los que el paciente carece. El médico es un agente de control social. El devolver a una persona a su actividad normal tiene grandes repercusiones tanto a nivel laboral como familiar, así como el dar la baja: es un árbitro de la legitimidad en la adopción del rol de enfermo. Para Parsons, las actitudes que deben darse por parte del médico son: **neutralidad afectiva**, es decir, cierta distancia que permita la objetividad de

juicio (lo que no significa insensibilidad), **universalismo**: todo enfermo, por el hecho de serlo, ha de ser tratado de forma semejante por el médico, de forma que el criterio de tratamiento se base en cuestiones técnicas, y no en otros factores ajenos al área de la salud. Y por último **especificidad funcional**: el médico no ha de inmiscuirse en otros asuntos de la vida del paciente.

Se han hecho muchas críticas al enfoque de Parsons.

Freidson, por ejemplo, le critica de ser muchas veces ajeno a la realidad, de ser muy abstracto. Le critica también de restringido, ya que el paciente no sólo se relaciona con el médico, sino con otros profesionales cuyos roles también habría que analizar (y en el hospital es mucho más directo el contacto que tiene con enfermería, por ejemplo). También se echa en falta en el enfoque de Parsons la referencia al conflicto de roles, el “choque de perspectivas” entre ambos, ya que no siempre coinciden las expectativas y los intereses de ambos.

Ben Sira critica a Parsons porque resulta ilusorio pensar que el paciente va a aceptar incondicionalmente lo que el médico exija. Los pacientes ponen muy en tela de juicio las actuaciones de éste y su papel de controlador social. Muchas veces no pueden criticar aspectos técnicos, porque los desconocen, pero si el cómo se dispensa la atención, así como la dimensión afectiva, a la que son sumamente sensibles. Un aspecto que influye en el trato a los pacientes, para Ben Sira, es la formación que haya recibido el P.S.: hay Universidades donde se hace más énfasis en los aspectos humanitarios y psicosociales y otros centros en cambio donde se potencia sobre todo la investigación, la Ciencia, la superespecialización, haciendo más hincapié en el caso “raro”, “bonito”, que en los aspectos comunitarios.

Otro modelo importante sobre la relación P.S.-E. es el de Szasz y Hollander, que también la plantean desde los roles de ambos y desde las conductas esperadas para ambos roles. El rol variará según las exigencias de la situación, y puede ser funcional o disfuncional según se ajusta o no a ellas. La relación entonces puede ser:

- De **ACTIVIDAD-PASIVIDAD**. En ella el P.S. es el activo y el paciente está en una situación de indefensión y desvalimiento. Es el caso de las situaciones de emergencia.
- De **GUIA-COOPERACIÓN**. Se da en estados de enfermedades agudas. El paciente es consciente y puede colaborar obedeciendo.
- De **PARTICIPACIÓN MUTUA**. Es el caso de los enfermos crónicos (diabéticos, hipertensos, etc.). El enfermo controlado no nota síntomas, lo que a veces la lleva a dejar el tratamiento, con las consiguientes recaídas. Con estos pacientes sería disfuncional plantear la relación como alguna de las dos anteriores, porque podría llegar a un conflicto de poder entre ambos.

Modelo de Rodin y Janis (1979). Centran el interés en el **poder** que existe en la relación P.S.-E. Hay muchos tipos de poderes:

- El **COERCITIVO**, basado en proporcionar castigos.
- El de **PREMIOS**, basado en proporcionar premios.
- El **LEGÍTIMO**, en el que quien lo prescribe es percibido como quien tiene derecho a prescribirlo.
- El **EXPERTO**, que es percibido como que tiene un conocimiento o experiencia especiales.

Rodin y Janis proponen el poder referente como ideal en la relación P.S.-E., porque es el que mejor puede contribuir a la internalización de las normas, y por tanto a su cumplimiento. Lo que favorece esa influencia es una actitud benevolente por parte del P.S., con una aceptación y percepción positiva del paciente y una disponibilidad de ayuda. Según este esquema, la relación pasa por varias etapas hasta llegar al poder referente: **1º** se establece un poder, tratando de motivar al paciente y favoreciendo la expresión de sus sentimientos hasta consolidar una relación positiva. **2º** se prescribe el tratamiento y **3º** se mantiene el poder referente mediante el contacto y la internalización de pautas. Si el tratamiento es muy breve, esto es más difícil, pero en tratamientos prolongados más fácil de lograr. El poder referente no se ve favorecido en casos de fuerte ansiedad o depresión ya que esto genera mucha dependencia pero sin autonomía.

La dimensión afectiva de la relación con los pacientes

Junto a los aspectos técnicos e instrumentales, existe una dimensión expresiva referida a los aspectos afectivos y socioemocionales de la relación. Esta se basa en la comunicación y en las habilidades sociales para establecerla.

Esta carga afectiva viene determinada por la situación de dependencia del paciente, que le hace especialmente sensible a evaluar la conducta del P.S. en el terreno de no afectividad más que en el técnico. Junto al deseo de ser curado hay un objetivo latente en todo enfermo: que le tranquilicen, ver reducida su ansiedad. Y esto sí puede evaluarlo, porque sabe que grado de apoyo emocional recibe a lo largo del tratamiento.

A pesar de la importancia de la relación, lo cierto es que, sobre todo en los hospitales, se va deshumanizando con la progresiva tecnificación. Para optimizar la relación, todas las investigaciones apuntan hacia la importancia de las habilidades sociales y de comunicación.

Una buena relación crea dos tipos de efectos: uno tiene que ver con el éxito de los profesionales de la salud, y otro con la satisfacción del paciente.

Según un estudio de Martson, aproximadamente el 43% de los usuarios no cumplen con las instrucciones del P.S., con lo que esto implica para su salud. Se suele cumplir más el tratamiento en casos de patología aguda que crónica, pero no es este el único factor, hay otros como: lo complejo que sea el cumplirlo, la relación con el P.S., las habilidades de comunicación de éste (que maneje bien la comunicación persuasiva y que haga comprensible su mensaje) y que el paciente se sienta percibido positivamente por parte del P.S. y sienta que se le escucha.

En cuanto a la satisfacción del paciente, viene directamente determinada por la calidad en la relación. Evaluaciones realizadas por Koos, Doyle y Ware sobre satisfacción de los usuarios, el 64% de todas las críticas realizadas por estos iban referidas a la relación. Concretamente:

1. A la falta de calor humano.
2. A la falta de información.
3. A que no se tenía en cuenta sus preocupaciones.
4. A la ininteligibilidad de la jerga médica.

Un estudio de Cobb muestra como los pacientes que se derivan hacia el curanderismo u otras alternativas es por falta de información y apoyo emocional de los médicos, y como la confianza en el P.S. viene determinada por la conducta emocional hacia el paciente.