

## DOCUMENTOS

# Relación paciente-médico. Una alianza que fomenta la calidad\* Relation patient-doctor and quality of the attention

Dr. ÍTALO BRAGHETTO M.<sup>1</sup>, Sr. PATRICIO BARONTI C.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Cirugía. <sup>2</sup>Psicólogo. Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Se pretende en este documento graficar como las relaciones, interacciones entre paciente y médico, son una búsqueda constante de nuevas simetrías interpersonales, donde la información, solución, confianza, expectativas, etc. participan de un intercambio recíproco que tiene como único objetivo la generación de una salud de calidad, eso sí, con un nuevo escenario, que hace que los roles deban adaptarse voluntaria o involuntariamente. En esta línea, además de abordarse explicaciones que dan sustento a la nueva forma de relación se plantean algunas sugerencias que pueden orientar el actuar profesional del equipo médico con los pacientes.

### 1. El acto médico

El acto médico debiera ser entendido como un "acto de amor al prójimo" que por lo demás es inherente a la vocación médica, con el objetivo de que el paciente pueda recuperar su salud o al menos ofrecer una paliación a su dolor por la enfermedad. Esto significa que se debe actuar frente al paciente de la misma manera "que tu quisieras para ti", tener cariño por el paciente que de alguna manera y, en menor o mayor grado es un ser sufriente, a quien debemos una entrega y preocupación por su enfermedad.

### a) Factores atentatorios actuales

**Organización de los sistemas de salud:** ahora existe el riesgo de la pérdida del rol de médico tratante, sea médico de cabecera, de familia, sea médico de confianza, sea el experto recomendado, ya que desde la puesta en marcha del concepto de redes, o de seguros contratados, el paciente muchas veces es derivado por su seguro al hospital o médico "de la red" sin oportunidad a veces de conocerlo, de entablar una familiarización con el problema del paciente y su enfermedad y, en muchos casos, anteponiendo intereses económicos del seguro de salud al bienestar del paciente.

**Pago por servicios/honorarios:** un tema muy delicado pues este factor puede obviamente entorpecer una relación médico/paciente, en la cual el factor honorarios o pago por los servicios interfiere en el proceso de atención. Una faceta de este problema la vemos repetidamente en los servicios de urgencia en donde el problema del pago bloquea la atención o la retarda con las funestas consecuencias que puedan ocurrir.

**Deterioro relación médico/paciente "per se":** los factores analizados, más las exigencias de la familia o las perspectivas insatisfechas hacen que se deteriore la relación médico/paciente, agravándose más aún la situación, lo que determina final-

\*Recibido el 23 de marzo de 2007 y aceptado para publicación el 18 de Junio de 2007.

Correspondencia: Dr. Italo Braghetto M.

Santos Dumont 999. Santiago, Chile

e-mail: [ibraghetto@redclinicauchile.cl](mailto:ibraghetto@redclinicauchile.cl)

mente o que el paciente sea mal atendido sin la idea del "acto médico" o, finalmente que el paciente sea trasladado a otro centro con las consecuencias que también pueda acarrear.

b) *Evolución del proceso "del acto médico al desenlace". Factores en juego*

En la Figura 1 se muestra el curso del proceso de atención médica y los factores que están involucrados y que de alguna manera puedan alterar la relación médico/paciente, y que incluso pueden terminar en una acusación de negligencia médica con o sin fundamentos claros.

Analizaremos los factores que se señalan.

Las características básicas del acto médico ya las definimos y estas podrían ser complementadas agregando que el médico debe tener la formación técnica, idoneidad, habilidades y destrezas, experiencia, etc. que requieren la atención de un determinado paciente y su enfermedad.

Pero además, un factor preponderante es la información hacia el paciente y su familia: es básica la comunicación detallada de la evolución de la enfermedad, su gravedad, su pronóstico, plan de manejo, etc. Esta conducta puede evitar muchos malos entendidos y prevenir un deterioro de la relación médico-paciente familia.

c) *Medicina compleja*

La Medicina no es una ciencia exacta y el médico debe COMUNICAR este concepto al paciente y su familia informando de la variabilidad de resultados dependiendo del diagnóstico, de la etapa evolutiva de la enfermedad, de las características propias del paciente, etc. Una apendicitis aguda de 4 horas de evolución no es lo mismo que una apendicitis de 24 horas con absceso apendicular o peritonitis, y no es lo mismo en paciente joven o anciano, normotipo u obeso.

Esto debe ser comunicado oportunamente informando incluso los posibles resultados en cuanto a riesgos, complicaciones, mortalidad en base a estadísticas locales, nacionales o internacionales, máxime sabiendo del grado de información que se tiene actualmente sobre temas médicos.

Antes una patología grave presentaba alta morbimortalidad y bastaba con informar en ese aspecto.

Hoy las posibilidades terapéuticas son mayores en base a la tecnología y procedimientos complejos que se dispone, pero estos procedimientos si bien ofrecen una mejor posibilidad de tratamiento conllevan riesgos que deben ser *informados* previamente.

d) *Comprensión del problema y su manejo*

La comunicación puede ser el "remedio" al deterioro de la relación médico-paciente que actualmente está amenazada permanentemente por una deshumanización progresiva secundaria al avance tecnológico y a la superespecialización de los médicos.

Los riesgos y complicaciones inherentes no constituyen por si mismos una negligencia. La información y el *consentimiento informado* firmado por el paciente o la familia es básico para la mantención de una buena relación médico paciente.

e) *Características del paciente*

- Edad
- Constitución fisiológica
- Anatomía y sus variaciones
- Enfermedades concomitantes
- Otras circunstancias.

Todas estas son situaciones, que en definitiva pueden hacer variar el resultado de un acto médico, deben tomarse en cuenta y la información precisa al respecto es fundamental.

f) *Características de la enfermedad*

- Momento diagnóstico
- Etapas evolutivas
- Variaciones individuales
- Patologías asociadas
- Tratamiento asociado

Son elementos que pueden obviamente alterar el curso de una enfermedad y su resultado postratamiento, por lo tanto la información al respecto también es básica.

g) *Recursos tecnológicos, humanos, y oportunidad en la atención*

Influyen también en el resultado de un proceso



Figura 1.

de atención. No podría ser catalogado de mala atención de un politraumatizado atropellado en la carretera Panamericana a 50 km del Hospital Regional más cercano, sin los recursos humanos o tecnológicos que se requiere y con fallecimiento a posteriori del paciente, comparado a la evolución de un paciente atendido oportunamente en un hospital con alto grado de desarrollo tecnológico. Evidentemente en la realidad actual de nuestro país, imposible es asegurar éxito a todos los pacientes.

#### h) Factores socioculturales

La capacidad de entendimiento y conexión de la familia o su predisposición puede ser muy variable y afectar una relación médico paciente. Hay casos donde la opinión de personas o familiares aparece precozmente y se decide solicitar al médico un traslado a otro centro hospitalario, basada en la frase: "quiero lo mejor para mi paciente", frase que tiene connotaciones positivas y negativas y que pueden también alterar el resultado de un acto médico.

#### i) Factores económicos

El pago de la cuenta se relaciona directamente con reclamos contra el Centro de Salud y/o médico y a veces incluso se opta por acusar infundadamente de *negligencia* al recibir la cuenta por la atención del paciente. Sabida es la situación; "a mi paciente le pegaron una infección intrahospitalaria" sin saber que los pacientes son portadores de gérmenes o por razones de deficiencia inmunitaria pueden fácilmente contraer infecciones en el curso de una hospitalización por una patología grave.

### 2. Como influye la calidad de servicio en el resultado de un acto médico

El concepto de "calidad en salud", se ha establecido desde hace algunos años en nuestro país y el objetivo es lograr la "satisfacción completa del usuario", en este caso "el paciente-cliente", especialmente en el sistema actual de salud donde en más de un 70% de la población hay un "pago por servicio", ya sea por parte del paciente mismo, con o sin copago o por su Isapre.

Los profesionales e instituciones están preocupados por satisfacer las expectativas de los pacientes tanto en la calidad de los procesos administrativos como en el acto médico mismo. En los procesos administrativos se incluye hora de atención, tiempo de demora, precios, planta física, calidez en la atención, esmero, etc.

El objetivo de la atención médica es lograr el éxito, es decir recuperar la salud del paciente.

El fracaso del acto médico trae como consecuencia la frustración por parte del médico, el descontento de la familia y el riesgo de una acusación por presunta negligencia.

Ejemplos hay muchos pero también algunas en situaciones infundadas que limitan con la ridiculez.

### 3. Resultados del acto médico

Si es exitoso como normalmente suele suceder, es lo común y ocasionalmente incluso es destacable, motivo de admiración y reconocimiento por el impacto producido: trasplantes exitosos, nuevos métodos diagnósticos, nuevos procedimientos que significan avances para la atención de salud del país. Pero si se fracasa, existe siempre el fantasma del reclamo o de la acusación por negligencia, perdiendo la perspectiva de que ni la salud ni la vida son eternas, concepto que se debe tener en cuenta para no caer en el excesivo exitismo de los procedimientos.

Como se previene una posible acusación: con la información previa completa y clara sobre los riesgos y complicaciones inherentes a la enfermedad y al tratamiento propuesto. El médico puede fallar pero NO actuar negligentemente<sup>1,2</sup>. Por ejemplo, una anastomosis esofagoyeyunal o esofagagástrica puede fistulizarse, y debe ser diagnosticada precozmente, pero si habiéndola diagnosticado no se trata adecuadamente, en esta circunstancia, si estamos frente a una negligencia médica.

### 4. Factores económicos

La medicina actual es compleja y lo complejo encarece la medicina. Los nuevos métodos diagnósticos, los nuevos procedimientos mini-invasivos que exigen instrumental caro ofrecen mejores resultados, pero son procedimientos que requieren insumos de alto costo y por lo tanto el precio de una prestación tiene un precio mayor. Y si a esto le agregamos que existe un pago de honorarios médicos, otros insumos o fármacos que aumentan el valor final, todos son factores que influyen en la relación médico paciente. Peor aún si no ha habido éxito, el reclamo y la acusación son casi seguros.

Ejemplos existen a diario; un paciente con cálculo renal coraliforme sometido a litotripsia extracorpórea con destrucción del cálculo, que presenta hematoma perirenal y requiere rehospitalización por esta complicación: resultado acusación por negligencia médica. No parece adecuado.

Estas situaciones son muy frecuentes y han generado conflictos entre el médico o la institución

y la familia del paciente y su abogado, que como se mencionó antes pueden dar motivo a la acusación de supuesta negligencia.

### 5. La judicialización de la medicina

Es un factor importantísimo en el deterioro de una relación médico paciente. El temor a una complicación, el riesgo de someter al paciente a una gran intervención con alta morbimortalidad hacen que por una parte no se actúe como se debiera, y por otra parte aleja al médico de su paciente cumpliendo con lo estrictamente necesario, pues está viendo en el paciente un potencial contrincante. Esto nunca debiera ocurrir, pero actualmente es así en todo el mundo desarrollado y en nuestro país también.

Hemos analizado diversos factores, que actualmente juegan un rol en la relación médico paciente y que por lo tanto deben ser manejados adecuadamente para no caer en una espiral negativa que no le hace bien a la salud del país.

La solución frente a este problema pasa por el involucramiento de todos los actores:

*El paciente:* informado de su enfermedad, de su gravedad y su pronóstico, incluso de la relación médico-comercial.

*El médico:* como prestador de salud, cumpliendo un deber como médico idóneo, preparado, experto e informando debidamente al paciente o familia.

*Los tribunales y jueces:* que deben comprender y estar al tanto de los riesgos de determinada patología y de su manejo, para poder tener claridad ante a una posible demanda.

*Los medios de comunicación:* que deben ser objetivos en sus comentarios y no dejarse caer en lo sensacionalista para sacar dividendos personales.

### Nuevo contexto, nuevas habilidades

Desde cualquier punto de vista se asume que el trabajo en salud es altamente exigente y por lo tanto las relaciones interpersonales al interior del sistema también lo son. En particular, de la relación paciente - médico, sabemos que el primero accede a esta interacción con un fuerte compromiso emocional, incertidumbre, muchas veces necesidades insatisfechas, etc. por lo tanto en un estado de alta activación nerviosa.

En el país actualmente se presentan nuevos escenarios que han introducidos factores que de alguna manera han afectado la relación médico-paciente: el pago por un servicio -en este caso la atención médica- que ha puesto al paciente en una situación de cliente exigente y con toda razón.

El otro factor es la normativa de derechos del paciente, que si bien tiene un objetivo altruista de resguardar la buena atención médica muchas veces puede ser mal entendida y exageradamente se plantean exigencias que al médico muchas veces no le corresponde responder (*abuso de la situación*). Este problema se puede dar con mucha frecuencia en los servicios de urgencia y hospitales. Este escenario, inherente a la actividad, ha cambiado sustancialmente desde lo social y por lo tanto ha obligado al resto de los participantes a modificar su actuar. El cambio que se produce a nivel de *contexto social* conduce hacia un nuevo paradigma del usuario, una nueva forma de ver la salud, sus derechos, relaciones, expectativas y por ende también al médico. Este nuevo foco tiene intensa influencia en la percepción del propio rol. Hoy el usuario entiende que su papel es activo y no pasivo, que se le entrega un servicio por el cual alguien paga y que por lo tanto tiene derecho a exigir, que hay estándares o expectativa de estándares mínimos que espera recibir, etc., todas situaciones que nos llevan a pensar que hoy el usuario es otro y se comporta como otro. A esto debemos agregar que hay una mayor oferta de salud y que existen mecanismos socializados de poder que respaldan al usuario; leyes, programas de televisión, radios o prensa escrita que a veces actúan con desinformación o información tendenciosa, o por conflicto de intereses de profesionales (periodismo sensacionalista v/s medicina) y sus implicancias no siempre son comprendidas en su globalidad.

Lo que hemos descrito como un nuevo paradigma (forma de ver su realidad) del paciente, nos plantea un gran desafío y oportunidad pues hoy la relación es más simétrica con riesgo de hacerse asimétrica y, por otro lado, el otro gran factor que aumenta este desbalance es el de la judicialización de la medicina que en épocas anteriores en cuanto a cuotas de poder no estaba presente. Así entendido, se debe contar con herramientas y desarrollar habilidades que permitan ser efectivos a la hora de generar impacto en el usuario, ser comunicacionalmente persuasivos y conseguir el propósito ético-profesional de generar salud. Ahora, cómo es este sujeto con el que hay que relacionarse y que ahora cuenta con reales garantías, más información, mayor respaldo, experiencias compartidas, altas expectativas, derechos garantizados, se va haciendo realidad el concepto "el usuario al centro del quehacer".

Es un sujeto:

- *Más exigente frente a la evaluación atribucional:* estar atentos a las responsabilidades, causas, soluciones propuestas, etc. Constante-

mente busca la atribución de los hechos a veces sin entender la problemática médica.

– *Sensible a señales mínimas.* Se encuentra en constante estado de alerta; su hiper atención, compromiso emocional, altas expectativas, etc. lo hacen estar atento a toda conducta expresada por su referente principal, el médico; mirada, disposición, gestos, tonos de voz, etc.

Con alteración perceptiva en muchos casos: El compromiso emocional fundamentalmente hace que las personas estén atentas a estímulos mínimos, dándole importancia a lo intangible, lo que puede llevar a percibir las cosas de manera diferente a cómo se quieren expresar o a cómo realmente se presentan.

La pregunta que continua es ¿debemos hacer cargo de manejar este tipo de relaciones? la respuesta es sí, absolutamente.

### Tomando conciencia del propio rol

Al decir sí, absolutamente, estamos asumiendo que es responsabilidad nuestra, deber ético y moral de quienes trabajamos en salud ampliar nuestro repertorio conductual, capacitarnos, flexibilizarnos, aceptar que estamos frente a una nueva realidad de relación médico paciente y por lo tanto preparamos para hacer frente a estas nuevas demandas exigentes, siendo el usuario con su nuevo rol una de ellas. Esta lógica implica modificar otros paradigmas y autopercepciones vinculadas, uno de los más importantes el del médico frente a su quehacer profesional. De esta manera la primera invitación es a cuestionar si el rol ha cambiado, qué demandas se les exigen, que expectativas hay en torno a él, que competencias se deben poner sobre la mesa, de qué forma, etc., un sin fin de preguntas que llevan a reflexionar sobre la visión que la sociedad tiene de los médicos y la que ellos tienen acerca de sí mismos.

Esta lógica de análisis y redefiniciones implica cuestionar temas tan profundos como la histórica relación, asimétrica en lo relacional, entre quien tiene el conocimiento y quien no, quién soluciona y quien no, quien toma decisiones y quien no, asimetría que otorga un status y poder que hoy naturalmente se redistribuye generando un lógico desacomodo y una consecuente readaptación.

### Quién es el paciente difícil

Dentro de esta dinámica con frecuencia se plantean situaciones que se refieren a “pacientes difíciles”, definición que tiene 2 proyecciones:

a) La patología de base propiamente tal que

hace que el manejo de la enfermedad sea más compleja.

b) Disposición del paciente o familia a tener una relación de entendimiento amigable y de comprensión del problema médico, o bien falta de cooperación frente a una enfermedad grave y complejas situaciones que ahora serán más difíciles de manejar dado la mayor cuota de mayor poder explícito de los pacientes y de la familia. Ahora bien, la lógica nos indica que pueden existir “situaciones” difíciles, desde aquellos pacientes que se comportan o tienen características que los hacen ser más exigentes para manejar por el equipo y aquellos que, a partir de su forma de actuar, generan emociones y sentimientos que me cuesta administrar. Desde el rol profesional, desde el entrenamiento, desde el deber ser o desde el dominio, cualquiera de las dos situaciones deben ser manejada por el médico, él es el profesional, él es el encargado de administrar las situaciones, de él se espera manejo, dominio, habilidad, poder. De esta manera, pensar en el segundo tipo de situaciones da la oportunidad de hacerse cargo de las propias limitaciones, por ejemplo: cuáles son las situaciones que me hacen enojar, o ser más directivo con el paciente de lo habitual, aquellas en que me siento cuestionado?, aquellas que implicar tener que argumentar mis decisiones?, etc. Esta lógica de pensamiento que describimos tiene la particularidad de poner el control, la responsabilidad, la “toma de conciencia” en uno mismo. Es el médico quien tiene la oportunidad, a partir de reconocer que pasa consigo, de administrar las situaciones difíciles haciéndolas menos complejas e impidiendo que se trasformen en un problema sin serlo originalmente, ahorrando de esta forma tiempo, energía, problemas y muchas veces dinero. La pregunta clave que debe hacerse el médico es ¿dónde está mi umbral, qué me desafía a actuar desde la pura emoción y cometer errores en la relación con mis pacientes?

Antes de entregar sugerencias para lograr un mejor dominio en la relación y ser efectivos en el rol de comunicar, plantearemos algunas consideraciones de orden conceptual que hay que tener en cuenta.

### Conceptos a tener en cuenta

Si queremos ser efectivos en nuestra comunicación es necesario tener en todo momento presente algunas consideraciones que permiten primero, tener conciencia de nuestros actos y de la influencia de ellos y segundo, hacemos cargo en su justa medida del impacto de los mismos. Lo siguiente queda mejor expresado a partir de lo que

son los axiomas de la comunicación (Watzlawick Paul 1971).

### Axiomas de la comunicación

#### *No es posible la NO Comunicación*

Se refiere a que cuando queremos comunicarnos pensamos en la comunicación consciente, voluntaria, intencional, donde el mensaje que se transmite es de "querer comunicarse". Sin embargo muchas veces nuestros pensamientos, prejuicios, hábitos, estados de ánimo o bien disposición dicen algo acerca de nosotros sin querer "conscientemente" comunicar lo que se está expresando, influyendo esto en la comprensión del mensaje que hace el receptor. Por ejemplo. Si los pacientes ven al médico caminando con la mirada baja, los brazos cruzados y serio, podrían interpretar ese mensaje como "no quiero ser molestado" o "estoy preocupado por algo", sin ser necesariamente esa la intención del médico. De esta forma la aproximación al diálogo estará teñida, contaminada por información, real o no, acerca del interlocutor. Debemos intentar estar conscientes de qué estoy diciendo con mi cuerpo.

Existe un lenguaje analógico y uno digital. El lenguaje digital es aquel de las palabras (hablada y escrita). Su nombre se debe a que guarda una relación convencional entre el signo y aquello que representa. El lenguaje analógico es el de los gestos, postura corporal, uso del espacio, de la distancia, tono, contexto. Lleva este nombre porque tiene una relación de semejanza entre el gesto y aquello que representa. Lo importante de esto es ser capaz de dar consistencia entre lo analógico y lo digital, y no que el primero sea conforme al segundo pues generará confusión en el receptor. Por ejemplo, si digo estoy contento, pero con los brazos cruzados, las voz baja, entrecortada, mirada perdida, acompañado de personas tristes, etc. el receptor al menos dudará de qué tan contento estoy,

**En la comunicación humana se distingue un nivel de contenido y uno de relación.** El nivel de contenido tiene que ver con la información que transmitimos y lo que hacemos a través del lenguaje digital, a través de la palabra. El nivel de relación que establecemos es transmitido por medio del lenguaje analógico, es decir a través del uso de la distancia, tonos, espacios interpersonales, postura corporal, etc.

**La puntuación de la secuencia.** Hace referencia a la tendencia que tenemos las personas a ver las cosas desde nuestro particular punto de vista, estableciendo relaciones de causa efecto. Así

por ejemplo, cuando vemos a alguien muy hablador y otro callado e indagamos un poco acerca de su relación veremos lo siguiente. El primero señala que habla tanto por que el otro está siempre callado, no cuenta nada por lo que hay que estar preguntándole todo el tiempo. El segundo dirá yo me quedo callado porque me hace muchas preguntas y a cada rato que ya no tengo ganas de contestarle. Tenemos la tendencia a puntuar la secuencia de la interacción y de la comunicación, ver una situación como causa y otra como efecto de la primera.

**Los intercambios comunicacionales pueden ser simétricos o complementarios.** En los simétricos las personas que se comunican tratan de igualar las conductas recíprocas, tratan de ponerse al mismo nivel; fuerza, serenidad, activación, etc. Los complementarios se caracterizan por tener máxima diferencia. Las conductas de ambas personas son distintas pero enganchan, se complementan, por ejemplo; relación jefe-subordinado. Estos intercambios, simétricos y complementarios, no son en sí buenos o malos, son sólo diferentes, siendo lo ideal que se puedan utilizar ambos durante un momento de comunicación.

Bajo esta misma línea conceptual debemos tener en cuenta las barreras que influyen en una comunicación efectiva, estas son:

**Nuestros propios prejuicios** respecto a la persona, situación, familia, contexto, dolencia, etc. Todos aquellos elementos sobre los cuáles yo tengo una imagen preconcebida con connotación valórica positiva o negativa estarán influyendo de manera anticipada en el tipo de vínculo que establezco con mi paciente.

**Estereotipos.** Generamos estereotipos de las personas, los que están contruidos por características típicas, conjugadas, que se amplían, generalizan a un tipo de sujeto o comportamiento y frente a los cuales yo tengo preconceptos, y por lo tanto una predisposición adquirida ante la relación que pudiese establecer.

**Efecto de halo.** Hace referencia a la primera impresión y a la generalización del todo a partir de un detalle, característica o conducta específica. Así, las primeras impresiones dificultan el conocimiento cabal, íntegro de la persona con la cual yo me estoy relacionando.

**Ruido en el canal.** Se entiende como canal el espacio por donde los mensajes viajan, se transmiten, por ejemplo el aire, un papel, red telefónica, etc. De esta forma si el canal tiene interferencias o no es nítido, claro y despejado, la comunicación se ve dificultada.

Si estamos conscientes de estas limitaciones podemos administrar la presencia de estas barre-

ras, dejando de lado aquellos elementos que yo en forma consciente sé pueden influir en el tipo y calidad de relación que establezco con cada uno de mis pacientes.

Siguiendo con esta revisión de conceptos es necesario detenerse un minuto a analizar los elementos analógicos constitutivos en la generación del mensaje, que son al final de cuenta los que confirman o desconforman el mensaje digital que emitimos a través de las palabras.

### 1. Paralenguaje

Se refiere a todos los componentes del habla considerados separadamente. Es el cómo se dice algo y no el contenido de lo que se dice. Se refiere al tono, énfasis, pausas, velocidad, etc., elementos que reflejan connotación del mensaje.

### 2. Lenguaje corporal

El lenguaje corporal que es básicamente inconsciente y participa confirmando o desconformando un mensaje verbal. En este ámbito la expresión facial tiene un peso significativo de influencia, el que varía de acuerdo a la cultura y contexto. Estudios han comprobado en Latinoamérica que, dentro de los elementos no verbales del mensaje, el cuerpo y la interpretación que hace de este el receptor representa el 70% de la comprensión del mensaje.

### 3. Proxémica

Considera el modo en que se utilizan los espacios interpersonales. Así la distancia, simetría corporal, variedad de altura, etc. dice algo acerca de cómo nos estamos relacionando, del grado de confianza, autoridad, cercanía afectiva u otras sensaciones que deseamos generar o transmitir en la relación.

### Sugerencias para administrar relaciones con los pacientes

Como hemos visto alcanzar una comunicación efectiva no es tarea fácil, se requiere de toma de conciencia, madurez, reflexión, entrenamiento y sobre todo disposición. Ahora bien, tenemos claridad respecto a un usuario cada vez más exigente quien demandará mis mayores capacidades y habilidades a la hora de enfrentar el diálogo, más aún cuando hay situaciones difíciles que abordar. Pensando en estos momentos de verdad en que muchas veces recibimos reclamos, quejas, objeciones

o bien preguntas insistentes que pudiesen llevamos a situaciones problemáticas, es que se presentan algunas sugerencias orientadoras que permiten, con un buen uso, administrar las situaciones con algún mayor porcentaje de éxito:

- Establecer simetría corporal; Igual posición corporal, altura, actitud corporal, etc.

- En todo momento mirar a los ojos, cara. Con mayor foco mientras se trata tema de importancia para el interlocutor.

- Usar nombre del interlocutor cada vez que se pueda, buscando establecer un vínculo de confianza y cercanía.

- Establecer contacto físico. Por lo mismo mantener distancia próxima mientras se traten temas delicados.

- Utilización palabras claves del interlocutor. Por ejemplo si el paciente habla de molestia, utilizar “molestia” y no dolor.

- Escucha activa y no interrumpir en momento emocional intenso. Jamás interrumpa en un momento de intensidad en el hablar de su interlocutor, esta actitud será interpretada como desafío. Manejar ritmos del habla y respiración, control.

- Usar apoyo gráfico en lo posible.

Mostrar preocupación por las interrupciones externas.

- Disculparse “por si así se ha entendido” o por problemas anteriores sufridos por el paciente o algún miembro de su familia.

- Énfasis en lo importante. Centre su discurso en las ideas centrales, gran cantidad de información sólo confundirá a su interlocutor.

- Facilitar o anticipar el paso siguiente en el ciclo, qué es lo que sigue, donde tendrán que ir, etc.

- Centrar la atención en el estado del paciente y no en mí, Ej. piensa que demostramos cuando con el lápiz golpeamos la mesa para que terminen luego de hablamos.

- Considerar la pesadez o características del paciente como parte del síntoma o dolencia y no como un desafío o reacción frente a mi persona.

- Usar la historia del paciente en la argumentación.

- En casos críticos renegociar la situación, asumiendo que es un problema de relación y no de uno. “tal vez no soy el más indicado para relacionarme con usted”.

- Jamás descalificar a otra área o aceptar elementos negativos de la institución. Chequear siempre la información entregada, asegurándose que no queden dudas.

- No dar la impresión de haber oído lo mismo antes.

- No demostrar desagrado o actitud defensiva.

**REFERENCIAS**

1. Braghetto I. En búsqueda de la satisfacción del paciente. Congr Cap Chil Am Coll Surg 2000.
2. Braghetto I. Seminario Medicina: Relación médico paciente y medios de prensa. Hospital Clínico Universidad de Chile, Octubre 2003.
3. Braghetto I. Riesgos y complicaciones de los procedimientos anestésicos-quirúrgicos. Hospital Clínico Universidad de Chile, 2000.
4. Biaggini L. Seminario: Medicina, relación médico paciente y medios de prensa. Hospital Clínico Universidad de Chile.
5. Bateson, Hall y cols. La nueva comunicación. Kairós, Barcelona, 1981.
6. Berlo D, El proceso de la comunicación, introducción a la teoría ya la práctica. Buenos Aires, Argentina, 1969.
7. Watzlawick P. An Anthology of Human Communications. Palo Alto, California. Science and Behaviour Books, 1974.