



Primer semestre

Comunicación efectiva en salud

U3

La relación del
profesional de la
salud y el usuario



División de Ciencias de la Salud, Biológicas y Ambientales

Índice

Presentación.....	3
Competencia específica.....	4
Logros	4
3.1 Generalidades de la relación del profesional de la salud y el usuario.....	5
3.1.1 Concepto	6
3.1.2 Factores que repercuten	8
3.1.3 Modelos de comunicación entre el profesional de la salud y el usuario.....	9
3.1.3.1 Modelo de Laín Entralgo.....	9
3.1.3.2 Modelo Interaccional.....	10
3.1.3.3 Modelo de Leary	12
3.1.3.4 Modelo de Hollender.....	12
3.1.3.5 Modelos de la bioética	13
3.1.3.6 Otros modelos	15
3.2 Características de la relación del profesional de la salud y el usuario	16
3.2.1 Participantes	18
3.2.1.1 Equipo en salud	19
3.2.1.2 Participantes del equipo multidisciplinario	19
3.2.2 Empatía y asertividad	23
3.2.2.1 Empatía	23
3.2.2.2 Asertividad.....	24
3.2.2.3 Concordancia entre empatía y asertividad	27
3.2.3 Fenómeno de transferencia y contratransferencia	28
3.2.4 Guía práctica para una buena comunicación entre profesional de la salud y el usuario.....	29
3.2.5 Metas de la comunicación efectiva	32
Actividades	34
Cierre de la unidad	35
Para saber más	36
Fuentes de consulta	37

Presentación

Es momento de integrar lo anteriormente visto, resaltando que la comunicación es verdaderamente valiosa y efectiva cuando convergen en el mismo proceso comunicativo una serie de elementos que permiten que el diálogo generado entre un emisor y un receptor sea significativo con base en una adecuada retroalimentación.

Debemos recordar que el usuario del servicio de salud es aquel que en algún momento se convierte en derechohabiente, beneficiario o paciente, dependiendo de las características de atención médica a la que tenga derecho y en la cual sea atendido.

Por otra parte, hemos mencionado de manera constante al personal de la salud, al equipo multidisciplinario de salud y al usuario del servicio de salud, que, para cuestiones de practicidad y acotación en este tema, serán equivalentes los siguientes términos:

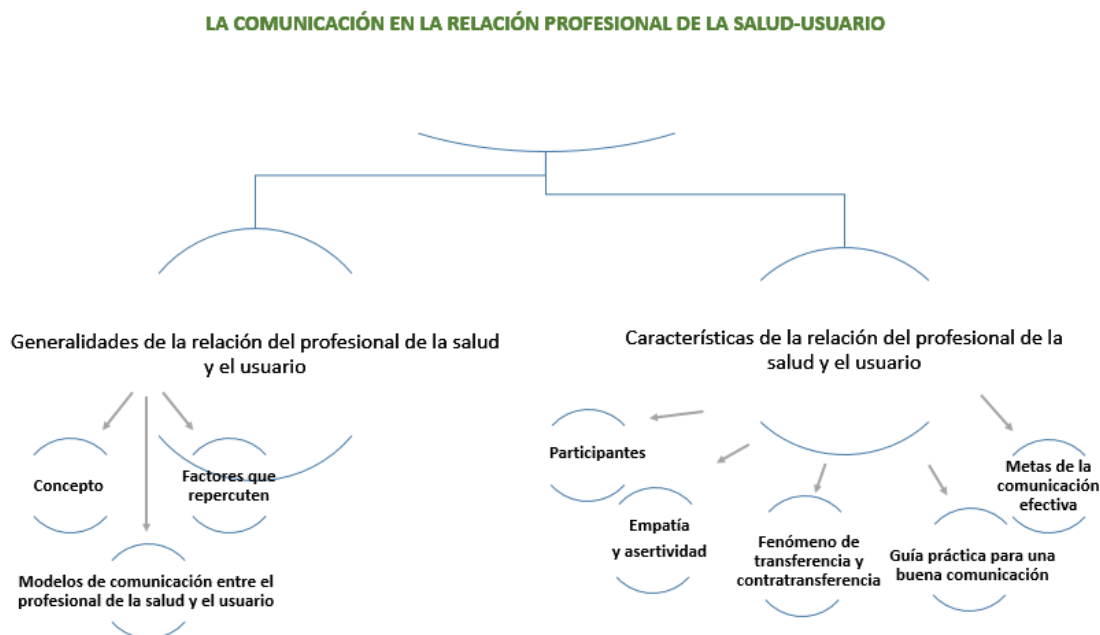
- Relación médico-paciente, será abordada en este documento como relación profesional de la salud-usuario del servicio de salud.
- Relación equipo de salud-paciente igual a Relación entre el equipo de salud-usuario del servicio de salud.

La justificación más importante es que el término Usuario de los Servicios de Salud es un término propio utilizado en la Ley General de Salud de nuestro país, y que difícilmente podrá ser utilizado en otras partes del mundo al hablar de estas relaciones. Sin embargo, e independientemente del o de los términos utilizados las relaciones presentes pueden tener los mismos comportamientos sin importar el entorno en salud del que se esté hablando.

Es así como en este momento poseemos todos los conceptos suficientes para entender que la comunicación efectiva en el ámbito de salud requiere de relaciones interpersonales empáticas y asertivas entre el profesional de la salud y el usuario de los servicios de salud, permitiendo que los objetivos e intereses de ambos se centren en una prestación del servicio con calidad.

La Unidad 3 se llama la relación del profesional de la salud y el usuario y está organizada de la siguiente manera, como se muestra en la siguiente figura 1:

Figura 1 Estructura de la unidad 3



Competencia específica

Analiza las características de la relación profesional/usuario de los servicios de salud, para establecer una comunicación efectiva, mediante el uso de la empatía, asertividad y responsabilidad.

Logros

Define la relación entre el profesional de la salud y el usuario del servicio de salud y sus características.

Describir la importancia de la empatía y asertividad en la relación del profesional de la salud y el usuario del servicio de salud.

Explicar los modelos de relación médico y paciente.

3.1 Generalidades de la relación del profesional de la salud y el usuario

De manera tradicional cuando hablamos de la relación existente entre el profesional de la salud y el usuario del servicio de salud encontramos grandes diferencias entre los roles, obligaciones y responsabilidades inherentes a cada uno de ellos dentro de este proceso de atención en salud. En este contexto, el papel del profesional de la salud es de alguna manera más activa y el rol que juega el usuario suele ser de una persona más receptiva y pasiva ante las indicaciones que le dan.

El contexto de atención en que sitúa esta relación profesional de salud-usuario del servicio de salud está influenciada por distintos factores:

- I. Económicos; recursos económicos proporcionados y empleados en la atención de los pacientes para proveer infraestructura, tecnología, productos y servicios. Mientras mayores sean lo anteriores y mejor sean empleados, las condiciones de aceptación y acercamiento al profesional de salud por parte del usuario serán mayores, pudiendo establecer vínculos afectivos y de comunicación que lleven al logro de los objetivos de la atención y del tratamiento indicado.
- II. Políticos; básicamente tiene que ver con todas y cada una de las políticas de atención en salud que provee el estado a la población, permitiendo el acercamiento con la gente en atención a sus necesidades más inmediatas de salud y alimentación.
- III. Sociales; suele respetarse por parte del usuario la jerarquía que el profesional de salud posee en función de sus conocimientos y la figura que representa ante la sociedad y sus pares. En esta relación y dependiendo de los mensajes generados, existen distintas maneras de reaccionar, dependiendo de la percepción del mensaje; formándonos expectativas, juicios y actitudes que condicionan la relación, para bien o para mal.
- IV. Psicológicos; podemos considerar todas aquellas reacciones derivadas de la prestación de un servicio en el área de la salud que puede provocar preocupaciones y coraje o por el contrario satisfacción y bienestar ante el entorno de las relaciones personales.
- V. Culturales; comunicarse no sólo es emitir sonidos o palabras, pudiendo provocar confusión y falta de interés ante el proceso comunicativo, por lo que hay que establecer reglas de conducta con base en nuestra cultura como son:

- Normas de comportamiento, como saludar y escuchar.
- Respeto a las creencias de cada persona.
- Respeto a las formas de expresión de cada uno de nosotros.
- Normas.
- Reglas.
- Respeto a la manera de vestirnos.
- Respeto a las condiciones de vivienda de cada quien.
- Respeto a estatus socioeconómico de las personas.

Estos son algunos aspectos que la cultura considera para una mejor convivencia y que marcan líneas muy precisas de cómo tienen que ser las relaciones y los comportamientos de atención, tomando como base los derechos que tiene todo usuario del servicio de salud.

3.1.1 Concepto

Como lo señalan Espinosa, Menoret, Puchulu, Selios y Witriw (2009):

La relación equipo de salud-paciente surge en busca de un objetivo en común, la remisión terapéutica de la enfermedad o dolencia. Esta relación es fundamental y ya ha sido establecida desde un punto de vista filosófico hace 25 siglos por Hipócrates, que es el padre de la medicina. En esta relación, además de todos los integrantes del equipo de salud y el paciente, también participan sus familiares, allegados o representantes legales. De este vínculo, surgen los derechos y deberes de ambas partes. La relación puede ser continua, esporádica o única en el tiempo, y queda enmarcada no solo por los participantes, sino también por la estructura del sistema de salud donde se lleva a cabo la prestación, el tipo de asistencia, la cultura, la tecnología, los recursos disponibles, entre otros. Esto hace que la relación profesional-paciente sea esencialmente conflictiva. (p. 32)

Una definición que se menciona en el Glosario de Bioética (2001) respecto a la relación médico-paciente es: “una relación asimétrica, modulada por factores sociales y culturales, que se da en un plano intelectual y técnico, pero también afectivo y ético [...] relación de

amistad que se establece entre el médico y su paciente con vistas a la curación, alivio y apoyo en la enfermedad” (citado en, Rodríguez-Arce, 2008, prólogo).

Ricardo González Méndez (2005) en su libro *Relación equipo de salud-paciente-familia*, define operativamente la relación médico-paciente como: "la relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a las gestiones fundamentales del equipo de salud" (p. 86). Con dicha terminología nos referimos a la relación interpersonal profesional y técnica de los miembros del equipo de salud en todo el espectro de sus gestiones promocionales, sanitarias, preventivas, diagnósticas, curativas, rehabilitadoras, docentes, investigativas, periciales, administrativas y editoriales.

Aunque es necesario mencionar que la clásica relación médico-paciente se ha expandido a la relación equipo de salud-paciente.

La satisfacción del usuario del servicio de salud en cierta medida es un indicador de la relación existente entre el profesional de la salud y el usuario. Por lo que en esta estructura de atención no solo es importante considerar las patologías existentes o los estudios médicos solicitados (de laboratorio, radiológicos, neurológicos, tomografía, ultrasonidos, etc.), sino también todo aquello que da sentido a una atención integral, como son; las instalaciones hospitalarias, clínicas, centros de salud y consultorios, tecnología médica, recursos humanos, recursos materiales y recursos económicos, sin olvidar a los familiares que siempre luchan por el bienestar del paciente.

En esta compleja estructura de relaciones entre el profesional de la salud y el paciente, están presentes algunos aspectos a considerar y que, de llevarse de manera correcta, armonizarán las relaciones interpersonales para fortalecer la confianza mutua:

- a) El trato que se le proporcione al paciente.
- b) La comunicación que se da entre el equipo de salud.
- c) La comunicación que se genera con el paciente.
- d) La comunicación que se genera con los familiares.
- e) Las circunstancias en que se da la atención.

Se requiere por lo tanto que las expectativas de los pacientes sean cubiertas de manera asertiva, sin agresiones, estableciendo puntos de vista y opiniones que generen respeto y profesionalismo, incentivando por lo tanto una adecuada retroalimentación comunicativa con nuestro interlocutor.

Autores como Feletti, Firman y Sanson-Fisher indican que las dimensiones más importantes a considerar en la satisfacción del paciente son:

- Comunicación: Explicaciones claras, intimidad en la conversación, interés por los problemas de salud de los pacientes.
- Actitudes profesionales: Los profesionales de la salud deben adoptar conductas amables de apertura y comprensión de los problemas de salud de los pacientes.
- Competencia técnica: Habilidades y conocimientos propios de su profesión.
- Clima de confianza: Ambiente propicio para que el paciente sea capaz de discutir con la enfermera y el médico sus sentimientos, preocupaciones y temores.
- Percepción del paciente de su individualidad: Respeto mutuo cimentado en una relación empática. (Citado en De los Ríos y Ávila, 2004, pp. 33-34)

Como vemos, aspectos de comunicación, actitudes, conocimientos y habilidades del profesional en salud, confianza y respeto, son características que se han venido tratando durante el curso y por lo tanto le dan sentido a la comunicación efectiva, en este caso en las relaciones existentes entre los profesionales de la salud y el paciente.

3.1.2 Factores que repercuten

En esta relación hay diferentes condiciones que tienden a influir en establecer lazos de confianza y comunicación, las cuales podemos revisar desde la perspectiva de cada uno de los participantes:

El profesional de la salud suele ser un empleado en las instituciones públicas o privadas y trabajar con carencias e incomodidades, con salarios insuficientes lo que obliga a tener varios empleos influyendo negativamente en su desempeño y trato a los usuarios de los servicios de salud. Sumado a esto hay un aumento en la exigencia por parte del usuario y la sociedad, por lo que realiza su trabajo con el peligro latente de una demanda y/o reclamación. También constantemente tiene que mantener su certificación vigente y para ello cumplir con exigencias académicas.

El usuario de los servicios de salud con mayor frecuencia demanda y defiende su capacidad de un mejor servicio, los pacientes son autónomos, competentes incluso pueden negarse a seguir las indicaciones del personal de salud si no les parecen apropiadas y desea participar activamente en las decisiones que le conciernen. Su participación es primordial y participa en la toma de decisiones.

El **entorno** también tiene un papel importante por diversas condiciones como la tecnología moderna, la mercantilización de la salud convirtiéndola en algo comercial y rentable, donde de las utilidades se benefician muchas personas y no siempre el médico y el personal de salud.

3.1.3 Modelos de comunicación entre el profesional de la salud y el usuario

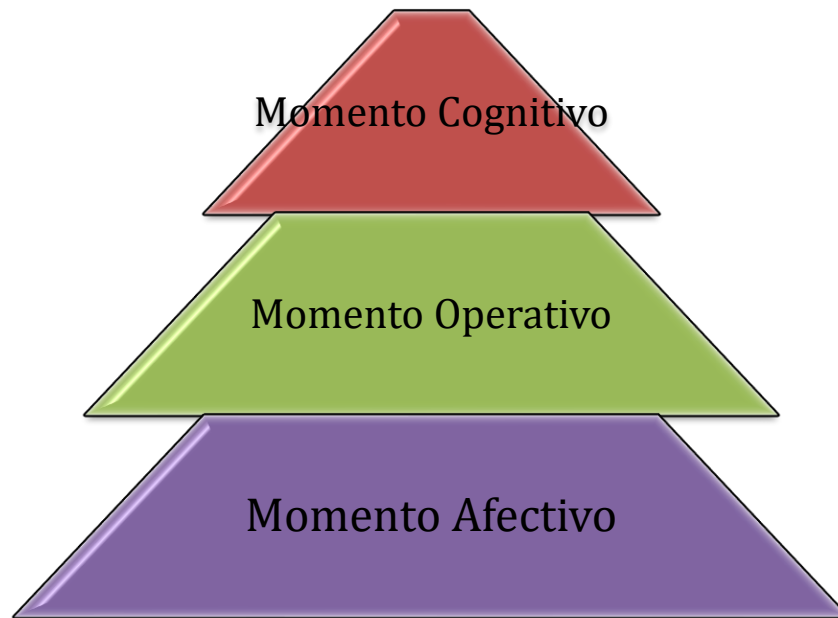
3.1.3.1 Modelo de Laín Entralgo

Laín Entralgo, fue un médico español, que visualizó la relación profesional de la salud y el usuario desde una perspectiva diferente a la comunicación humana. Él establece este tipo de relación como un binomio “*ayudado-ayudar*” donde una persona necesita ayuda y la otra está capacitada para ayudarla. Para lograr este tipo de relación se establecen tres momentos durante el proceso que puede observarse en la figura 2:

- *Momento cognitivo*: Se efectúa al momento de realizar la entrevista y tratará de precisar un diagnóstico en el paciente, como toda interacción dentro de la sociedad. Partiendo desde este enfoque, Entralgo plantea decidir si esta relación entre profesional de la salud y usuario es objetivante (relación por intereses externos a cada individuo) o interpersonal o diádica (intereses internos); conforme a este punto Entralgo considera que la relación es de tipo cuasi-diádica, por la parte interna del padecimiento del usuario y el aspecto externo que se da en el profesional de la salud. Con este aspecto se logra acceder a un diagnóstico partiendo de este tipo de relación.
- *Momento operativo*: Se establece durante la parte terapéutica, es decir implica no sólo dar la lista de indicaciones al paciente, es el momento donde debe de recuperarse el aspecto social, en el que la empatía y la descripción apropiada de cada una de estas indicaciones, permitirá una adecuada relación y comprensión del mensaje por parte del usuario.
- *Momento afectivo*: Atañe al vínculo que se da entre el profesional de salud y el usuario, en el momento de dar solución a su problemática de salud. Ante la ayuda recibida se establece un lazo de camaradería y amistad, donde el usuario deposita

su confianza en el profesional de la salud facilitando la interacción en el proceso comunicativo.

Figura 2. Modelo de Laín Entralgo



3.1.3.2 Modelo Interaccional

Es un modelo que surge a partir de las investigaciones en la psicología social y las teorías de la comunicación. Estudia la relación profesional de la salud-usuario basado en el hecho de que esta comunicación no sólo lleva a un intercambio de información, plantea una interacción entre ambos actores determinada por el contexto y el surgimiento de sentimientos y emociones por esta interacción. Este modelo retoma tres elementos para su análisis (figura 3):

1. Relaciones

Se refiere al rol que asume cada uno de los integrantes del proceso comunicativo, pudiendo clasificarse como:

- a) *Complementarias*: Cada uno asume su papel a desarrollar en forma asimétrica, es decir uno sobresale del otro, pero sin contraponerse, articulándose en una adecuada relación. En este caso para los profesionales de la salud ellos ejercen el dominio y el usuario acepta este dominio dentro de una relación empática, eficiente y predecible. Cada uno sabe lo que le toca hacer.
- b) *Simétricas*: Aquí no existe diferencia entre cada actor, el control se reparte por igual, lo observamos en la relación entre profesionales de la salud, que les permite el intercambio de ideas, responsabilidades y en su caso decisiones.
- c) *Paralelas*: Es una relación donde el control se transfiere por turnos a cada uno de los actores, se distribuyen funciones y comparten responsabilidades, el ejemplo dentro de los profesionales de la salud es la relación médico-enfermera, por parte del médico está el control de la toma de decisiones y en la enfermera de las áreas de cuidado. Permite flexibilidad y evita malos entendidos.

II. Interacciones

Se refiere a las acciones y afectos que se establecen entre cada uno de los miembros del equipo de salud, involucrando a la comunicación verbal y a la no verbal, lo que facilita al momento de combinarlas una mejor comprensión del mensaje.

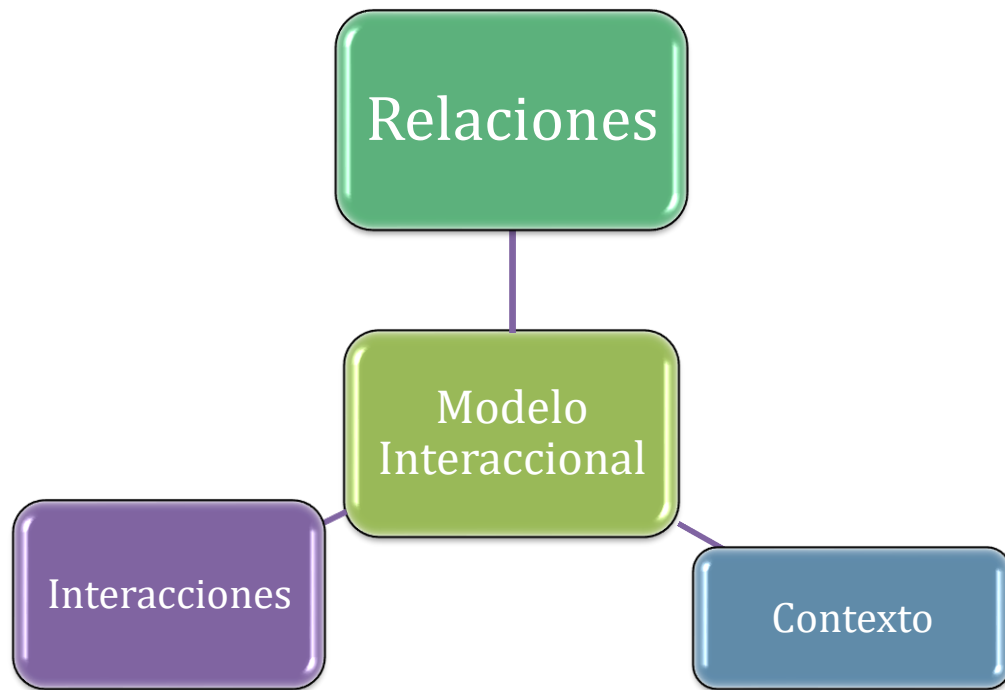
III. Contexto

Hace referencia al ambiente y entorno donde se produce la relación entre los profesionales de la salud, usuarios y familiares de ellos. El lenguaje no verbal no será el mismo dependiendo del sitio donde se ubique el proceso comunicativo (consultorio, servicios de urgencia, hospitalización). Los instrumentos a través de sus alarmas, colores y sonidos contribuyen en parte a este ambiente favoreciendo la sensación de privacidad, o en caso contrario de inseguridad y ansiedad.

Finalmente comentar que este modelo se centra en el análisis de la relación desde cuatro enfoques o puntos de vista:

- La del profesional de la salud con el usuario.
- La del profesional de la salud con el familiar.
- La de los profesionales de la salud entre sí.
- La del usuario con su familia.

Figura 3. Modelo Interaccional



3.1.3.3 Modelo de Leary

Elaborada por Leary en 1955 parte de las observaciones en los tratamientos psicoterapéuticos, se basa en la interacción por medio de dos ejes:

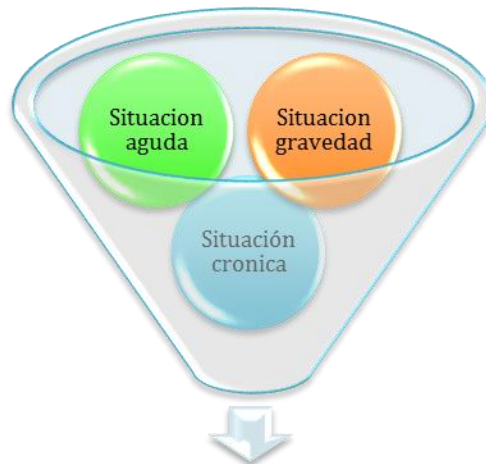
1. *Dominación – sometimiento*: Donde la acción autoritaria o paternalista condiciona pasividad y sometimiento
2. *Amor-odio*: Un trato amable obtiene respuesta amable, el maltrato obtiene respuestas agresivas.

3.1.3.4 Modelo de Hollender

Este modelo considera la actitud o comportamiento que asumen tanto el profesional de la salud como el usuario, dependiendo del tipo de problema de salud que se presenta, y el tiempo de evolución. Especifica así tres entornos predecibles, véase figura 4:

- a) Situaciones de gravedad, donde el usuario se comporta sin tener conciencia de sus acciones, planteando que el profesional tome un rol activo (tipo de relación madre-lactante)
- b) Situaciones de problemáticas de salud aguda, aquí el profesional de la salud asume el papel dominante dirigiendo las acciones y el usuario un rol de cooperación (tipo de relación padre-hijo)
- c) Situaciones de problemáticas de salud crónicas retoma la existencia de una interacción mutua entre ambos actores (tipo de relación adulto-adulto)

Figura 4. Modelo de Hollender



3.1.3.5 Modelos de la bioética

Este modelo se define a partir de los principios bioéticos que pasan a regir a la relación médico-paciente, a partir de los grandes avances científicos de la segunda mitad del siglo XX, y que plantearon diversos dilemas de carácter ético, se produjo un abandono de la actitud paternalista del médico, derivando en un creciente involucramiento del paciente en la toma de decisiones con respecto a su problemática de salud.

Dentro de estos principios bioéticos se comentan:

- Respeto a la autonomía: La persona decide por sí misma.
- Beneficencia: Buscar el bien del usuario.
- No maleficencia: No dañarlo ni exponerlo a riesgos no necesarios.
- Principio de doble efecto. Que la acción del profesional de la salud busque siempre el buen efecto a pesar de considerar la posibilidad del efecto negativo.
- Justicia: Todas las personas tienen la misma oportunidad de recibir atención para la salud.

Con fundamento en estos principios Robert Veatch en 1972 describe los siguientes cuatro modelos, véase figura 5:

Modelo de la ingeniería

Aquí se describe una relación profesional de la salud-usuario, donde el primero asume un rol de tipo técnico, solo se busca reparar el daño del usuario sin indagar de fondo en las causas y sin compromiso por parte del profesional con el usuario, más allá de mero resolver en este momento su problemática de salud.

Modelo sacerdotal

El profesional de la salud asume un rol dominante de tipo paternalista, decidiendo por el bien del usuario vulnerando la autonomía de este. Da un beneficio sin causar o buscar daño del paciente

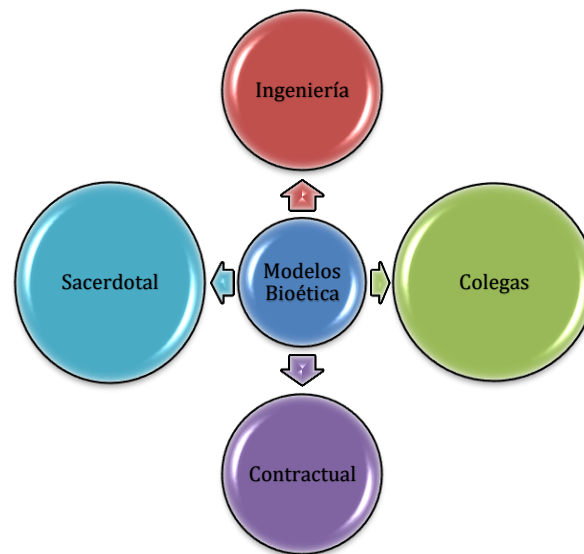
Modelo de los colegas

Se da cuando el profesional para la salud y el usuario toman un papel de socios, aquí las decisiones son compartidas, así como la responsabilidad de las consecuencias de estas.

Modelo contractual

Se establece un acuerdo entre profesional de la salud y usuario que rige y motiva el encuentro de salud entre ambos. El profesional de la salud informa con detalle sobre todas las opciones y es el usuario quien con autonomía decide, pero con todo fundamento.

Figura 5. Modelos de la bioética



3.1.3.6 Otros modelos

En la práctica diaria, esta relación implica entender un sistema de negociaciones que se establece entre dos personas, así como las distintas formas y modalidades en que puede convertirse este sistema de negociación. En los siguientes modelos básicos que se revisaran se puede observar el papel de cada uno de los participantes en este proceso:

A. Modelo Actividad-Pasividad

Este modelo es el más antiguo conceptualmente hablando. El papel del profesional de la salud es totalmente activo y el paciente se torna pasivo o receptivo. Este modelo se da en situaciones de emergencia, en donde el paciente al presentar un estado de inconsciencia o delirio se muestra incapaz de hacer cualquier cosa. En este caso, ocupa exclusivamente su criterio y da un tratamiento o solución sin importar si el usuario coopera o no.

B. Modelo Guía-Cooperación

Se le considera el más común dentro de la práctica médica. En este, el profesional de la salud juega el rol del experto que le instruye al paciente respecto a lo que debe hacer, mientras que el rol del paciente es el de un individuo cooperador y obediente. Las situaciones en que se presenta este modelo consideran menos severidad que aquellas del Modelo Actividad-Pasividad, pues no son situaciones de emergencia y aunque el

paciente se encuentre gravemente enfermo, está consciente de su padecimiento y tiene el deseo de reestablecerse.

El experto en asuntos de salud, posee los conocimientos que le permiten ostentar una posición de control y autoridad. Esta situación presenta relaciones transferenciales, pues al tener la información y el conocimiento que el usuario no, provoca que reconozca su superioridad y lo vea como una figura paterna. El que esta relación permita relaciones de transferencia por parte del paciente implica que el médico podría reaccionar también de manera emocional hacia este.

C. Modelo de Participación Mutua

Este es el modelo más inusual y difiere sensiblemente de los dos primeros modelos, en el sentido de que, la satisfacción que puede encontrar el paciente no proviene de la posición de poder del profesional, sino de una posición de equidad entre ambos y de la capacidad del profesional de la salud para brindarle asesoría, ayuda y consejo.

En este modelo, el profesional de la salud es una persona que ayuda a otra a beneficiarse a sí misma, mientras que el papel del paciente es de alguien que participa activamente en la solución de su problema. Esta relación, se puede dar sobre todo hacia pacientes que tienen el deseo de cuidarse a sí mismos en cierta medida. En este modelo, ambos participan mutuamente en el tratamiento y no se exige obediencia.

Ejemplo: persona hipertensa a la que su médico le aconseja cuidar su dieta y su peso, tomar sus medicamentos, evitar fumar y vigilar cotidianamente sus niveles de presión arterial. Sin embargo, es responsabilidad del paciente cuidar su dieta, tomar sus medicinas, no fumar y checar su presión.

Este modelo considera una relación adulto-adulto, pues es necesaria la capacidad de respetarse y aceptarse mutuamente, así como una actitud de amistad. No obstante, establecer este tipo de relaciones, puede ser una tarea no del todo fácil, ya que la tradición de las expectativas culturales ha hecho que se tienda a dar mayor importancia al rol del médico que al del paciente.

3.2 Características de la relación del profesional de la salud y el usuario

Las instituciones de salud tienen como objetivo la atención integral a los usuarios de los servicios de salud que acuden a solicitar algún tipo de orientación y/o servicio, ya sea orientación, preventivo, para el control del individuo sano o el diagnóstico de alguna enfermedad con su respectivo seguimiento. Para lo que se requiere de un equipo de trabajo en salud, que de manera multidisciplinaria logren la atención médica con calidad del paciente, véase Figura 6.

La Ley General de Salud en México (LGS) en su Título tercero, Capítulo II respecto a la atención médica nos dice lo siguiente:

Artículo 32. Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud. Para efectos del párrafo anterior los prestadores de servicios de salud podrán apoyarse en las Guías de Práctica Clínica y los medios electrónicos de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que al efecto emita la Secretaría de Salud.

▪

Artículo 33. Las actividades de atención médica son: I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica; II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a optimizar las capacidades y funciones de las personas con discapacidad, y IV. Paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario.

Sobre el usuario de los Servicios de Salud, (LGS, capítulo IV) que a su vez podrá ser considerado en algún momento como un beneficiario, derechohabiente o paciente, se establece:

Artículo 50.- Para los efectos de esta Ley, se considera usuario de servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta Ley y demás disposiciones aplicables.

Artículo 51.- Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Como podemos identificar el panorama del equipo multidisciplinario con base en la legislación vigente en salud conlleva a cumplir con una serie de obligaciones y responsabilidades hacia las personas que atienden, independientemente del momento y las circunstancias.

En conclusión, algo que siempre debemos considerar en el trato con los demás, es que la comunicación efectiva debe estar presente en todo momento, mediante la práctica de las buenas relaciones interpersonales; las actitudes y el comportamiento de los profesionales que forman el equipo es un elemento indispensable para realizar un trabajo en común, el grado de empatía, la comprensión, la tolerancia son cualidades que deben estar necesariamente presentes en los funcionarios de salud, si se quiere mantener relaciones humanas sanas al interior del equipo.

Figura 6. Usuario de servicio de salud



3.2.1 Participantes

Ahora revisaremos cuales son los participantes de esta relación en el área de la salud.

3.2.1.1 Equipo en salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1988) describe al equipo en salud como un grupo de personas que comparte una meta común de salud y objetivos comunes, determinados por las necesidades de la comunidad, a cuya consecución contribuyen todos los miembros del equipo, de acuerdo con su competencia y habilidad técnica, y en coordinación con las funciones de los demás. La manera y grado de esa cooperación varían y han de ser determinados por cada sociedad de acuerdo con sus propias necesidades y recursos. No es posible dar una composición del equipo de salud que sea de aplicación universal.

Por su parte la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2008) menciona al equipo multidisciplinario como:

- Número pequeño de personas con habilidades complementarias que están comprometidas con un propósito común, con metas de desempeño y con una propuesta por las que se consideran mutuamente responsables.
- El equipo multidisciplinario se fundamenta en que las habilidades aportadas por los diversos profesionales aumentan la creatividad del grupo, ayudando a la innovación y potenciando la apertura de pensamiento de sus miembros, dando respuestas integrales.
- Aunque el equipo puede cambiar su composición a lo largo del tiempo, sus resultados serán mejores cuanto mayor sea la proporción de miembros estables en el grupo.

3.2.1.2 Participantes del equipo multidisciplinario

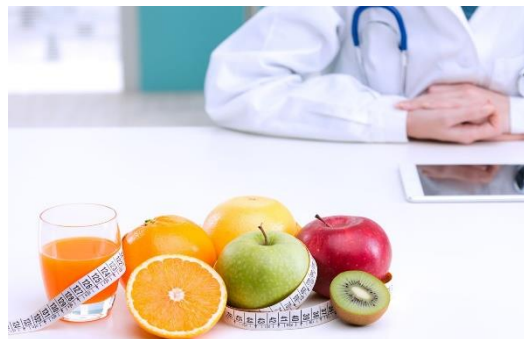
En nuestro país, (DOF: 02/09/13), un profesional de la salud es considerado como el personal que labora en instituciones del sector salud del ámbito público y/o privado, y que además de estar en comunicación continua con usuarios de los servicios de salud, dependiendo de la atención que se les preste, tiene distintas responsabilidades y actividades según sea la preparación profesional con la que cuente, véase figura 7. Por lo que a continuación mencionamos algunos de estos profesionistas y sus principales acciones a realizar dentro de los equipos multidisciplinarios en los que participa a fin de proporcionar una adecuada atención a las personas que así lo requieran:

Figura 7. Equipo multidisciplinario de salud



- A. **Médico.** Es un profesionalista que se encarga de diagnosticar oportunamente a las personas que así lo requieran y dar la atención necesaria cuando sea necesario. Dentro del área de salud hay especialistas que prestan sus servicios para casos de enfermedades muy específicas.
- B. **Nutriólogo.** Profesional del área de la salud que atiende casos relacionados con la nutrición y alimentación de las personas a nivel grupal e individual. Posee diversos tipos de conocimientos que le permite interactuar con equipos multidisciplinarios permitiendo participar en distintas situaciones de salud relacionadas con la prevención y consecuencias de una mala nutrición. Véase figura 8.

Figura 8. Atención de un nutriólogo



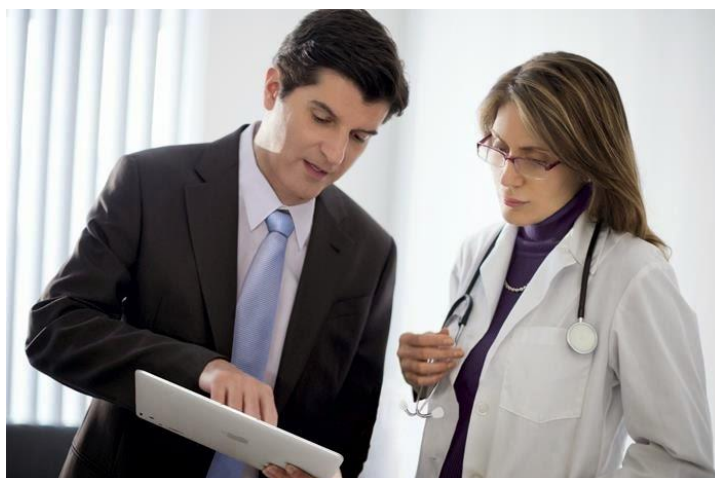
- C. **Educador y promotor para la salud.** Realiza diagnósticos en salud implementando estrategias de intervención adecuadas a las condiciones de la población para impulsar acciones de promoción en las áreas identificadas. Gestiona estrategias y métodos para la promoción, acompañamiento y educación de la salud. Así mismo participan en la organización de programas de educación en salud para satisfacer las necesidades de la comunidad. Véase figura 9.

Figura 9. Educador para la salud



- D. **Administrador de los servicios de salud.** Tiene a cargo el que los servicios de salud funcionen de manera adecuada, define las metas y objetivos de la institución, coordina e implementa la gestión de los recursos humanos, financieros y materiales. .

Figura 10. Administrador de servicios de salud



- E. **Enfermera.** Realiza múltiples actividades y procedimientos generales y específicos de enfermería que tienen que ver con el cuidado general del paciente, participa en la visita médica del paciente, cumple con las indicaciones médicas y de enfermería

propias de la atención al paciente. Así mismo se desempeña para recuperar la salud y el bienestar, prevenir enfermedades y ayudar a pacientes y familias a hacer frente a las enfermedades.

- F. **Odontólogo.** Profesionista, encargado del diagnóstico, prevención y tratamiento de problemas relacionados con la boca, los dientes y las encías.
- G. **Psicólogo.** Presta atención y seguimiento a diversas situaciones y enfermedades de carácter emocional de las personas.
- H. **Trabajadores sociales.** Realizan actividades de vigilancia y control de fomento a la salud en individuos, grupos y comunidades, participan en la solución de problemas y propuestas de cambio con base en las relaciones resultantes del medio ambiente y de los individuos. Mantienen un acercamiento con las personas, con la finalidad de lograr cambios positivos importantes.
- I. **Bacteriólogo.** Profesional encargado del estudio de la bacteriología, estudia las clases de bacterias existentes, también participa en la prevención y diagnóstico de enfermedades.
- J. **Químico.** Profesional que se encarga del estudio de la materia, su estructura y la manera en que se presenta en el universo. Existen distintas ramas de estudio que le permite especializarse y orientarse a una actividad profesional.

Finalmente, la comunicación efectiva en esta área de atención en salud deberá cumplir con los estándares mínimos necesarios para lograr la integración armónica de todos los profesionales de la salud que participan en el logro de objetivos profesionales, laborales y de atención médica.

3.2.2 Empatía y asertividad

3.2.2.1 Empatía

Es de reconocerse por quienes participan en el área de la salud que la empatía es un elemento indispensable en las buenas relaciones interpersonales entre los profesionales de la salud y los usuarios de los servicios de salud. La empatía se concibe como un arte de entender a los demás, partiendo del hecho como coloquialmente se dice; de ponerse en el lugar del otro con la finalidad de comprender por qué se siente de determinada manera sin involucrarnos en sus emociones, sino desde la perspectiva del otro.

En la empatía se involucra una serie de situaciones (sentimentales, personales, contextuales, actitudinales, de creencias y de valores) con las que tiene que lidiar aquella persona que pretende poner en práctica esta convivencia de entendimiento hacia los demás.

Según Jean Decety (2003), neurobiólogo y profesor del Centro para la Mente y el Aprendizaje de la Universidad de Washington y director del Laboratorio de Neurociencia Social Cognitiva en Seattle, dice que nuestra capacidad de comprender a los demás se basa en las propiedades fisiológicas del sistema nervioso que nos permiten razonar con nuestros semejantes, es decir a la posibilidad que cada persona tiene de ser afectado por alguna situación. Por lo que la empatía solo está presente cuando alguna persona experimenta una respuesta emocional ante las emociones de los demás, haciendo una diferenciación entre el yo y el otro con la intención de encontrar el punto exacto para regular las propias emociones.

El Diccionario usual de la Lengua Española define a la empatía como la: “identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo de otro”.

Otra manera de concebir a la empatía es la siguiente: Rasgo de la personalidad que se caracteriza por la capacidad de sentir una emoción apropiada en respuesta a lo expresado por otros, para hacer una distinción entre el yo y el otro (es decir, tener en cuenta la fuente de la emoción y la capacidad de decodificar las emociones de los demás) y para regular sus propias respuestas emocionales.

En el área de la salud, no sólo es indispensable saber conducir la empatía, sino que su implementación está obligada en cualquier momento en que se tenga contacto personal y comunicativo con el USS.

Por otra parte, es verdad que el profesional de la salud no posee la fórmula mágica para dar solución a todo mediante la empatía y que tampoco tiene la capacidad como cualquier otra persona de adivinar los pensamientos de los demás, pero si anteponemos la disposición y actitud de que tenga el profesionista de usarla como un medio de

acercamiento con su paciente, se ganará terreno en la atención con calidad en la que tanto hemos insistido.

Toby Cosgrove (2014) menciona que “La atención del paciente es más que solamente sanar - es establecer una conexión que envuelve la mente, el cuerpo y el alma. Si el PS pudiera pararse en los zapatos de otra persona... escuchar lo que ellos escuchan; ver lo que ellos ven; sentir lo que ellos sienten, ¿los trataría de otra forma?”. O de igual manera sin ser nosotros PS, ¿tendríamos el mismo trato hacia las demás personas que nos rodean? En la sección de Para saber más, podrás ver el Video sobre la empatía como el vínculo humano para la atención al paciente:

Finalmente, la empatía es un concepto multidimensional y complejo, que tiene componentes emotivos, conductuales, cognitivos y morales. La empatía en el área de salud implica una capacidad para:

- Comprender la situación, perspectivas y sentimientos del paciente y familiares.
- Para comunicarse con precisión, de manera efectiva y darse a entender.
- Para actuar con base en el entendimiento con el paciente en una forma útil (terapéutica). (Véase, Mercer y Reynolds, 2002)

3.2.2.2 Asertividad

La asertividad se considera una estrategia y estilo de comunicación que permite la capacidad de expresar nuestras emociones, mejorando las relaciones interpersonales en todos los ámbitos de la vida con base en nuestras expectativas. Así mismo se conceptualiza como una característica de la personalidad, como una conducta o una habilidad que nos conduce a enunciar nuestros pensamientos, deseos y sentimientos con la finalidad de hacer valer nuestros derechos y la generación del respeto mutuo. Si la enfocamos al área de la salud podemos decir que la asertividad es un modelo de relación interpersonal que consiste en conocer los propios derechos y defenderlos, respetando los de los demás (véase, Tena y Sánchez, 2010).

Existen tres tipos de comportamientos en el tema de asertividad, lo ideal es encontrar una persona que sea asertiva, sin embargo, encontramos dos polos opuestos (pasivo y agresivo) en los que se debe poner atención:

- a) **Pasivo**; la persona no es capaz de expresar sus opiniones, deseos y necesidades, cediendo el paso a los demás, mostrando inseguridad y falta de capacidad de enfrentar y resolver problemas. La principal ventaja de este tipo de comportamiento es que estas personas suelen no ser rechazadas por los demás y su desventaja es que su vida pasa a segundo plano en función de las necesidades de los demás.
- b) **Asertivo**; el individuo asertivo expresa sus necesidades y deseos respetando la opinión, deseos y necesidades de los demás, siendo responsable de sus actos ante las demás personas. Este es el tipo de asertividad que podemos llamar como ideal, es decir la comunicación que todos quisiéramos ejercer en función del bien que podemos obtener.
- c) **Agresivo**; la persona impone sin sentido sus necesidades y deseos a los demás, suele manipular y controlar a los otros con base en la agresividad. Una principal ventaja es que la gente no se mete con él, por lo que casi siempre consigue lo que pretende. La falta de interés a la convivencia bajo estas circunstancias es una de sus principales desventajas.

Por ejemplo:

Un paciente tiene programada su consulta a las 11:00 horas, pero por diversas situaciones llega a consulta dos horas después. El paciente no tuvo la atención de avisar que llegaría atrasado. Debido a la carga de trabajo el PS está irritado por el retraso del USS. Con base en esta situación tienes las siguientes alternativas de comportamiento asertivo:

- a) Pasivo; lo recibes como si nada hubiera pasado y lo atiendes de manera inmediata sin importar que los demás pacientes que llegaron puntualmente, se queden esperando.
- b) Asertivo; de manera tranquila y mediante un lenguaje correcto le indicas que le has estado esperando por casi dos horas lo cual ha generado una preocupación pensando en que pudiera haber sufrido un accidente por su enfermedad y por los medicamentos que causan somnolencia, le solicitas que vaya acompañado a consulta y de existir otro retraso parecido, se comunique alguien para comentarle la situación.
- c) Agresivo; mediante un tono de voz alto le comentas que estás sumamente molesto e inquieto por su tardanza, siendo la última vez que lo recibes. Tu mira se torna fría y agresiva.

Ante una situación tan cotidiana como la revisada en este ejemplo y con base en los temas vistos de comunicación, empatía y asertividad, ¿cuál sería tu comportamiento como paciente? y ¿cómo profesional de la salud?

Este ejemplo seguramente te hará reflexionar en muchas cosas y te hará cada vez más sensible ante la necesidad de sabernos comunicar eficazmente. Por lo que el profesional de la salud deberá contar con ciertas características que le permitan ser asertivos ante los usuarios de los servicios de salud:

1. Muestra equilibrio emocional lo cual le permite aconsejar debidamente a su paciente.
2. Establece un modelo de comunicación basado en el respeto.
3. Ejerce su práctica médica con base en sus derechos y obligaciones.
4. El Diagnóstico, tratamiento y seguimiento del USS, está basado en el pleno ejercicio de sus conocimientos, objetivos y recomendaciones.
5. Respeta el derecho de sus pacientes y del equipo multidisciplinario en salud.
6. Respeta la autonomía del paciente.
7. Representa ante la sociedad una figura de respeto y confianza ante el bien que procura con sus pacientes.
8. Utiliza su experiencia profesional al opinar con seguridad sobre el tratamiento a seguir.
9. Utiliza la empatía como un complemento de la asertividad al saber lo que quieren y está seguro de sí mismo.
10. Sus pacientes lo aceptan y reconocen como un profesional de la salud, pero más que nada como un ser humano que busca la beneficencia y el mejoramiento del estado de salud.

Seguramente existen otras características que pueden conducir la asertividad de un profesional de la salud ante los usuarios, pero los antes vistos dan cuenta clara de la confianza y autoestima que se debe poseer para poderlas implementar en el ejercicio de la actividad profesional en salud.

3.2.2.3 Concordancia entre empatía y asertividad

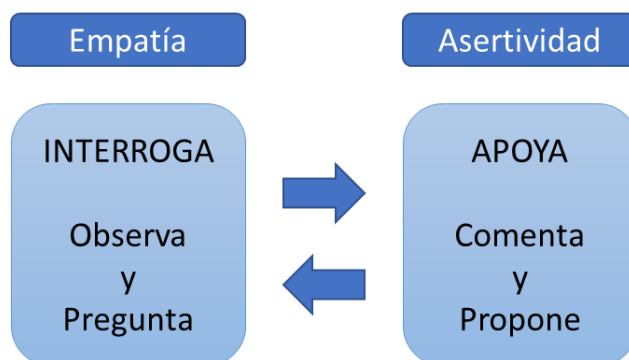
Podemos considerar entonces a la relación existente entre empatía y asertividad como un patrón de comunicación ideal donde convergen relaciones personales, sociales, emocionales, donde se establecen por una parte la expresión de nuestras necesidades de manera sincera, directa y respetuosa por parte de la asertividad y por otra parte la comprensión íntima que proporciona la empatía al entender a los demás.

La práctica de ambos elementos (empatía y asertividad) que conforman el proceso de una comunicación efectiva, requieren de volverse una habilidad por parte del EMS que permita el desarrollo continuo de la persona. El actuar de esta manera no tiene ni debe por qué herir a los demás en cuanto a sus sentimientos y manera de pensar, ya que siempre se deberá actuar bajo los principios de responsabilidad, integridad y honestidad de la práctica profesional como deben y deberían actuar los PS. Y no solamente ellos sino toda aquella persona que establezca relaciones sociales mediante un diálogo correcto, que prácticamente estaríamos hablando de todas y cada una de las personas con las capacidades para poder hacerlo.

Si tomamos como punto de referencia la relación PS-USS, se tendrá que tomar la decisión de cuándo utilizar una u otra (empatía o asertividad) y dependerá del momento y las condiciones en que la comunicación inicie su proceso, el grado de confianza entre las personas, las emociones implícitas, las necesidades personales de cada uno de los participantes entre todos los elementos que hemos revisado.

A manera de conclusión se representa la concordancia entre la empatía y asertividad que se resume en la siguiente figura 11:

Figura 11. Concordancia entre empatía y asertividad



3.2.3 Fenómeno de transferencia y contratransferencia

La transferencia procede del prefijo latino trans- que significa detrás de, de un lado a otro, a través de. Sigmund Freud utilizó el concepto de transferencia para referirse al vínculo afectivo que surge entre un paciente y un analista. Son una serie de sucesos donde el paciente transfiere al médico sucesos psíquicos ocurridos en el pasado y que por lo tanto cobran vida de nuevo, relacionados con imagos parentales de la infancia. Al hablar de imagos nos referimos a la palabra imagen que fue introducida en 1911 por Carl Gustav Jung en la llamada teoría psicoanalítica. Se enfatizan las representaciones visuales y sentimientos.

Es de destacarse que la transferencia puede ser positiva (sentimientos cariñosos) o negativa (sentimientos de rechazo). Independientemente de esto, es una relación total de situaciones que se presentan y no solamente la aparición de emociones y pensamientos relacionados con el terapeuta que atiende al paciente. Aquí el analista deberá mostrarse tolerante y motivador de tal manera que el paciente logre salir de esta situación de encierro con su pasado, ante comportamientos infantiles de su presente inmediato como estrategia defensiva ante la persona que lo atiende.

Fenómeno de la contratransferencia

Ileana Romo menciona (2009, pp. 15-21) que Florenzano definió en 1984 la contratransferencia como el conjunto de actitudes, sentimientos y pensamientos que experimenta el terapeuta en relación con el paciente. Es de esperarse que el psicoterapeuta no vivencie como un problema los sentimientos que le generan sus pacientes.

Así mismo la contratransferencia puede ser:

- a) Positiva, permite comprender al paciente. Por ejemplo: “Excelente voy a ver a mi paciente que ha tenido muy buenos avances en la terapia, ya pronto podré darlo de alta”.
- b) Negativa, cuando la atención que vamos a proporcionar interfiere por situaciones de desmotivación personal. Por ejemplo: “No entiendo nada de lo que me dice... no le veo el caso continuar con el tratamiento ya que no tiene cura..., por más que le explico no me entiende... es cansado el tratamiento y muy indiferente cuando le doy alguna indicación”.

Una actitud ecuánime, imparcial y activa del terapeuta hacia el paciente, permitirá establecer vínculos de amistad sin interrupciones durante el tratamiento, de tal manera que se logre el objetivo de atender las transferencias surgidas, reconociendo las necesidades y emociones que se generen del atendido.

3.2.4 Guía práctica para una buena comunicación entre profesional de la salud y el usuario

La habilidad técnica del facultativo se vuelve un factor que ayuda al éxito en el esfuerzo del restablecimiento de la salud o en la prevención de enfermedades. Sin embargo, es muy probable que no sea lo único que pueda determinarlo, ya que es muy importante considerar otra parte fundamental dentro de esta relación: la comunicación entre ellos y los factores que la facilitan.

A continuación, revisarás una guía práctica que permitirá establecer una comunicación óptima dentro de una consulta entre un médico y su paciente. Para describir esta guía, como punto de partida, se considera la trayectoria que sigue la consulta en función del tiempo y que abarca desde la bienvenida hasta la despedida. Revisa la figura 12.

Figura 12. Trayectoria de la consulta



Fuente: UnADM

Bienvenida e inicio. Se dice que nunca hay una segunda oportunidad para causar una buena impresión. En ese sentido, es que recibir al paciente de manera correcta es un punto muy importante para el buen desarrollo de una consulta exitosa.

1. Recibir al paciente y a sus acompañantes con un saludo amable, una sonrisa y haciendo contacto visual. Es indispensable que al paciente se le llame por su nombre de pila, considerando utilizar prudentemente los prefijos como Don o Doña o simplemente señor, señora o señorita, seguido de su nombre o apellido.

2. En el caso de una primera vez, el médico se presentará con su nombre completo e introducirá al personal de enfermería o asistente que lo acompañará en la consulta.
3. Invitar a que el paciente y sus acompañantes tomen asiento.
4. Preguntar con cortesía en qué se le puede ayudar o servir.
5. Explicar al paciente que puede expresar sus dudas o comentarios con total libertad, de esta manera se dará un mejor resultado en el tratamiento.
6. Desde la perspectiva del paciente, ver a su médico escribiendo en una computadora o en un pedazo de papel mientras le habla, puede parecerle que no le está poniendo suficiente atención, por lo que es muy importante hacerle ver que se realizarán anotaciones en el expediente, pero que aun así, le seguirá escuchando de manera atenta.

Entrevista y revisión

En este espacio es cuando el médico tiene la oportunidad de obtener del paciente la información más importante, mediante un diálogo cordial y una revisión física amable.

7. Si fuera necesaria una exploración física, es indispensable explicar al paciente la necesidad de hacerla.
8. A medida que vaya transcurriendo la exploración, se le debe comunicar al paciente lo que se va encontrando, ya sea a favor o en contra.
9. Al finalizar la exploración, se le debe dar un resumen de los hallazgos y una aproximación a lo que pudiera ser su padecimiento. Evitando términos médicos y utilizando palabras sencillas y fáciles de entender.

Diagnóstico

10. Una vez que se tenga el diagnóstico, se le deberá informar con toda claridad y sencillez, ayudándole a entender el origen del padecimiento.
11. Darle al paciente un diagnóstico médico, es una enorme oportunidad de observar sus reacciones para proceder a empatizar con él.

Tratamiento

12. Cuando las circunstancias así lo permitan, será muy valioso darle a escoger al paciente entre varias opciones de tratamiento, mencionándole los pros y contras de cada uno de ellos. Por ejemplo, utilizar comprimidos o inyecciones. Esto hará que el paciente se sienta de alguna manera, que ha formado parte del proceso, que no se le ha impuesto nada y por lo tanto habrá mayores probabilidades de adherencia al tratamiento. Esta opción deberá considerar la facilidad de que el tratamiento pueda ser obtenido, ya sea por ubicación o por poder adquisitivo.
13. Al realizar una selección conjunta del tratamiento se le deberá explicar al paciente. Las ventajas y desventajas respectivamente de seguirlo fielmente o suspenderlo sin justificación. En el caso de que existiese sólo una opción de tratamiento, según el criterio del médico, explicar que, aunque existen otras opciones. La que se ofrece es sin duda la mejor. Se le deberá explicar también los riesgos de suspender el tratamiento injustificadamente.
14. Al crear la receta médica, es muy importante utilizar letra, lenguaje e indicaciones claras. Una vez escrita se deberá dar lectura de la misma en voz alta. Es fundamental, asegurarse que el paciente ha entendido todas las instrucciones. Cerciorarse que se ha entendido una receta, no implica simplemente preguntar si se ha comprendido, sino que se deberá pedir al paciente que vuelva a explicar con sus palabras lo que debe hacer. Además, es importante invitar al paciente a que haga preguntas o comentarios respecto de su tratamiento.

Despedida

15. En caso de que existan comentarios o dudas, es importante orientar al paciente respecto a la ubicación de los servicios a los que tendrá que asistir luego de la consulta (farmacia, laboratorio, etcétera).
16. Se deberá dejar abierta la posibilidad de que, en caso de alguna duda o eventualidad, pueda regresar a preguntar.
17. Al despedirse, el médico se deberá poner de pie y si es posible, acompañar al paciente hasta la puerta y despedirlo con una frase amable como que se reponga pronto.

Ten en cuenta lo siguiente:

En todo momento

- Mantener completa amabilidad y cortesía. Ya es suficiente carga para el enfermo tener que afrontar su padecimiento y la angustia acompañante, como para soportar además una actitud de maltrato por parte de su médico.
- Se deberán evitar interrupciones.
- Se deberá proveer de privacidad.
- Continuar con el contacto visual.
- Mostrar empatía mediante preguntas por ejemplo sobre su estado de ánimo, situación familiar o laboral. Es muy importante hacer partícipe a la familia, ofreciéndole transparencia en el diálogo con el paciente.
- Las preguntas o comentarios hacia el paciente deberán ser siempre en términos sencillos, evitando la jerga médica.
- Trabajar en la reafirmación de la autoestima del enfermo, valorando sus preguntas e ideas (aunque no se compartan) y evitando las interrupciones a sus intervenciones. El parafrasear (repetir las opiniones del paciente con otras palabras) o el reflejar (hacerlo utilizando sus mismas palabras), pueden ser una estrategia útil.

En el momento oportuno

- Explorar factores de riesgo paralelos.
- Proceder a indicar acciones preventivas y de promoción de la salud.
- Sonreír.

3.2.5 Metas de la comunicación efectiva

Como revisamos en la unidad 2, el desarrollo de habilidades en comunicación efectiva beneficia al profesional de la salud como al paciente, incrementando el nivel de satisfacción entre ambos participantes y permite reducir el índice de fracaso al relacionarse con una opción terapéutica para los usuarios, derivado de esto el establecimiento de una comunicación efectiva nos lleva a considerar unas metas para permitir un proceso de negociación con un mayor acuerdo y comprensión por parte de los usuarios de los servicios de salud.

Las metas a establecerse en la comunicación efectiva son las siguientes (Moore P, Gómez G., Kurtz, S., y Vargas, A., 2010):

- Promover el vínculo y la colaboración entre el profesional y el usuario del servicio de salud
- Lograr aumentar:
 - La precisión en la definición de los problemas presentados por el usuario
 - La eficiencia de la entrevista con un plan de manejo aceptado por el usuario todo en un tiempo adecuado
 - El apoyo al paciente
- Mayor satisfacción
- Mejorar los logros de la atención

Para lograr estas metas es importante fortalecer las habilidades de comunicación en el área de la salud, para lo cual hay que realizar entrevistas más efectivas con respecto a la precisión, la eficiencia, el apoyo y la colaboración; buscar reducir los conflictos y la insatisfacción de los pacientes para mejorar los resultados en términos de la satisfacción del paciente y del médico, del entendimiento y registro de lo observado, de la adherencia a los planes de tratamiento, el alivio de los síntomas y los resultados clínicos.

Hasta ahora hemos integrado diversos puntos importantes sobre la relación entre el profesional de la salud y el usuario y podemos resumir que destaca la correspondencia entre la eficacia del proceso comunicativo, la satisfacción del usuario y el cumplimiento del tratamiento; la interacción profesional de la salud – usuario del servicio de salud, la satisfacción y adherencia a las indicaciones, así como su participación activa reducen el riesgo de abandono al tratamiento, y desarrolla altos niveles de adherencia asociados con una comunicación que consideran actitudes, creencias, preferencias de los usuarios y permiten un trato con mayor comprensión.

Actividades

La elaboración de las actividades estará guiada por tu figura académica, mismo que te indicará, a través de la *planificación*, la dinámica que tú y tus compañeros (as) llevarán a cabo, así como los envíos que tendrán que realizar.

Para el envío de tus trabajos usarás la siguiente nomenclatura: HCES_U3_A1_XXYZ, donde HCES corresponde a las siglas de la asignatura, U3 es la unidad de conocimiento, A1 es el número de actividad, el cual debes sustituir considerando la actividad que se realices, XX son las primeras letras de tu nombre, Y la primera letra de tu apellido paterno y Z la primera letra de tu apellido materno.

Autorreflexiones

Para la parte de **autorreflexiones** debes responder las *Preguntas de Autorreflexión* indicadas por tu figura académica y enviar tu archivo. Cabe recordar que esta actividad tiene una ponderación del 10% de tu evaluación.

Para el envío de tu autorreflexión utiliza la siguiente nomenclatura:

HCES_U3_AU_XXYZ, donde HCES corresponde a las siglas de la asignatura, U3 es la unidad de conocimiento, XX son las primeras letras de tu nombre, y la primera letra de tu apellido paterno y Z la primera letra de tu apellido materno.

Cierre de la unidad

Con esta unidad finalmente podemos entender de manera integral la importancia que tiene la comunicación efectiva en el área de la salud, mediante la participación responsable del profesional que participa en equipos multidisciplinarios dando atención médica con calidad. Hemos visto que existen dos elementos que permiten las buenas relaciones entre las personas, la empatía y la asertividad que posibilitan el acercamiento entre las personas permitiendo solventar barreras de comunicación que se puedan presentar y cuyo origen es multifactorial. Hablar de salud implica necesariamente hablar de la práctica médica que se apoya en el uso de la tecnología, donde los grandes avances permitirán tomar las mejores decisiones que convengan al USS en relación a sus necesidades.

El consejo final a manera de conclusión es que independientemente que formemos o no parte de un equipo multidisciplinario en salud, atendamos o no a pacientes en nuestra práctica profesional, recordemos que somos seres humanos con necesidades y aspiraciones de distinta índole que requieren ser atendidas de la mejor manera y la mejor manera es sabernos comunicar de manera efectiva.

Practícala, hazla tuya y no dudes en mejorarla.

“Somos lo que hacemos repetidamente.

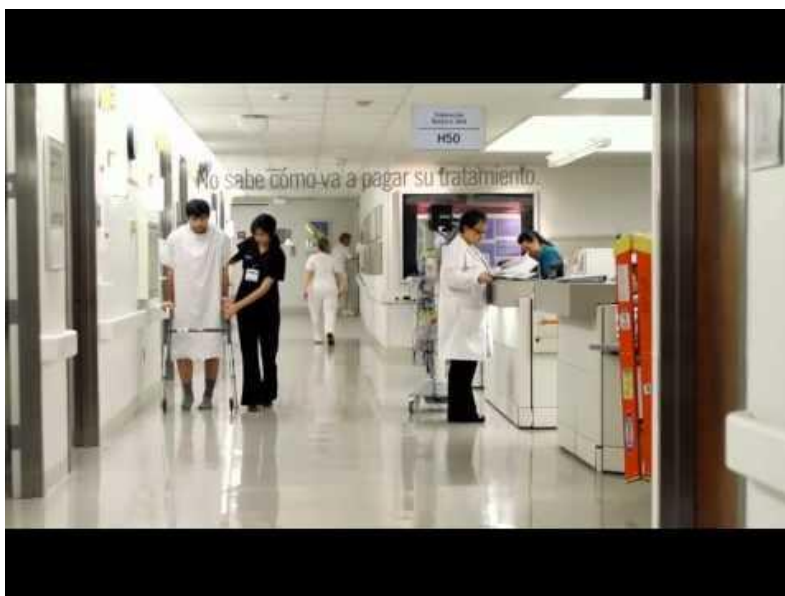
La excelencia entonces no es un acto, sino hábito”.

Aristóteles

Para saber más

Tony Cosgrove recomendó el siguiente video para entender un poco mejor a la empatía.

Video 1. Empatía: el vínculo humano para la atención del paciente (Cosgrove, 2014)



Fuentes de consulta

Básicas

De los Ríos J.L. y Ávila, T.L. (2004). Algunas consideraciones en el análisis del concepto:

satisfacción del paciente. *Invest Educ Enferm*, 22 (2): 128-137.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1321669>

Espinosa, C.V., Menoret, V., Puchulu, M.B., Selios, M.J. y Witriw, A. (2009). Bioética en la relación equipo de salud-paciente. *Diaeta*, 27(128): 31-36.

[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372009000300005#ref)

[73372009000300005#ref](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372009000300005#ref)

González Méndez, R. (2005). *Relación equipo de salud – paciente – familia. Aspectos éticos y tácticos*. La Habana: Ciencias Médicas.

http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/libro_relacion_equipo_salud_paciente_familia.pdf

Libros virtuales Intramed. (s.f.) Modelos de la relación médico-paciente.

http://www.intramed.net/sitios/librovirtual6/pdf/06_01.pdf

Madrid Salud. (s.f.) Ayuntamiento de Madrid. *Comunicación y Salud*.

Moore P., Gómez G., Kurtz, S. y Vargas, A. (2010). La comunicación médico-paciente:

¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Rev Med Chile*; 138(8). 1047-1054.

[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000800016)

[98872010000800016](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000800016)

Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, DOF (02/09/2013), disponible en línea:

http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013

Organización Mundial de la Salud. (1988). *Aprender juntos a trabajar juntos por la salud.*

Informe de un Grupo de Estudios de la OMS sobre Educación Multiprofesional del Personal de Salud: el Criterio de Equipo.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/41234>

Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS.*

Washington, DC. https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/aps-estrategias_desarrollo_equipos_aps.pdf

Rodríguez, S., Almeida, J., Cruz, J., Martínez, D., Pérez, J. y Valdés, F. (2013). Relación médico paciente y la eSalud. *Revista cubana de investigaciones biomédicas*, 32(4): 411-420. <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v32n4/ibi04413.pdf>

Rodríguez-Arce, M.A. (2008). *La relación médico-paciente*. La Habana: Ciencias Médicas.

Ríos, I. (2011). Comunicación en salud: conceptos y modelos teóricos. *Perspectivas de la comunicación*. 4(1) 123-140.

<https://www.perspectivasdelacomunicacion.cl/ojs/index.php/perspectivas/article/view/111>

Tena, C. y Hernández, F. (2007) *La comunicación humana en la relación médico-paciente* (2ª ed.). México: Prado.

Complementarias

Cleveland Clinic . (26 agosto 2016). Empatía: el vínculo humano para la atención del paciente. Cleveland Clinic. [Video]

<https://www.youtube.com/watch?v=aJGW4OxKHUg>

- Decety, J. (28/08/2003). L'empathie, une spécificité humaine? *Le Monde: Savoirs*, disponible en línea (fr): http://www.lemonde.fr/savoirs-et-connaissances/article/2003/08/28/jean-decety-l-empathie-une-specificite-humaine_331910_3328.html,
- Mercer, S. y Reynolds, W. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, 52: S9-S13, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1316134/pdf/12389763.pdf>
- Romo, I. (2009). *Psicoterapia breve y de emergencia, compilación bibliográfica*, curso-taller. México: Instituto Nacional de las Mujeres, Centro de Documentación http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/EdoMex/edomex_meta9_2009.pdf
- Sidhu, R. (2010). Empathy and assertiveness. PMtoday. https://www.changequest.co.uk/wp-content/uploads/white-paper_empathy_assertiveness_v1.0.pdf
- Tena, C. y Sánchez, J. (2010). Medicina asertiva. Una alternativa para mejorar la calidad. CONAMED. https://www.academia.edu/31243087/MEDICINA_ASERTIVA_Una_alternativa_para_mejorar_la_calidad

Fuentes de imágenes

Figura 1. Esquema de la unidad 3: UnADM.

Figura 2. Modelo de Laín Entralgo: UnADM.

Figura 3. Modelo Interaccional: UnADM.

Figura 4. Modelo de Hollender: UnADM.

Figura 5. Modelo de la Bioética: UNADM.

Figura 6. Usuario del servicio de salud, imagen disponible en línea

<http://www.hoysaludable.com/2011/11/tratamiento-integral-esperanza-de-vida-para-el-paciente-diabetico/> (recuperada el 17/08/2015).

Figura 7. Equipo multidisciplinario de salud, imagen disponible en línea:

<http://formacionprofesionalsanitaria.com/wp-content/uploads/2013/09/T%C3%89CNICO-SUPERIOR-EN-DOCUMENTACI%C3%93N-SANITARIA-SAN-3032.jpg> (recuperada el 17/08/2015).

Figura 8. Atención de un nutriólogo, imagen disponible en línea:

<http://periodicoelnacional.mx/?p=3326> (recuperada el 17/08/2015).

Figura 9. Educador para la salud, imagen disponible en línea:

<http://www.eltribuno.info/educadores-la-salud-fraile-pintado-n443257> (recuperada el 17/08/2015).

Figura 10. Administrador en servicios de salud, imagen disponible en línea:

<http://luispadillaortega.blogspot.mx/2014/11/dia-del-administrador-de-salud-y-semana.html> (recuperada el 17/08/2015).

Figura 11. Concordancia entre empatía y asertividad, modificada de: Sidhu, R. (2010), imagen disponible en línea.

<http://www.changequest.co.uk/downloads/EmpathyArticle-A.pdf> (recuperada el 17/08/2015).