

Dr. Jorge Manuel Sánchez-González / Dr. Carlos Tena-Tamayo

\*Capítulo Centro Academia Mexicana de Cirugía.

#### Resumen

Pensemos si seríamos los mismos después de varios años de ser médicos de pacientes o de haber tenido una profesión sin contacto visceral con los otros, por ejemplo, un oficio solitario. Ojalá la siguiente reflexión nos cambie para llegar a ser los sujetos integrales que conocen algo del misterio del otro, con todo lo que implica, a través de la comunicación humana y sus herramientas; conocer realmente al otro y ayudarlo plenamente.

#### Terminología clave

Comunicación, asertividad, lenguaje no verbal, apego al tratamiento, empatía.

#### Summary

Would we think differently after practicing medicine for several years or after treating patients without human contact with others? for example after practicing a job which does not involve human contact.

We hope that the following insight help each one of us to change into whole individuals that can know the mystery behind others through human communication and it's tools; to know humanity and help fully.

#### Keywords

Communication, assertiveness, non-verbal language, treatment compliance, empathy.

#### Interacción médico-paciente

Como se ha revisado en la primera parte de este artículo, lo ideal es entender que, bien utilizadas, las habilidades en comunicación son básicas, pero deben ir, en su aplicación práctica, ceñidas al conocimiento y experiencia del médico, al conocimiento del paciente en relación con su padecimiento, a la personalidad de ambos, a la naturaleza del problema y al tiempo disponible para la consulta, ya que todos son factores que pueden apoyar o impedir el desarrollo de este modelo. Adoptar esta actitud o modelo comunicativo propicia que el paciente conozca más y mejor su enfermedad, que cuente con mayores elementos que le permitan los ajustes necesarios y la consecución de metas para lograr la recuperación de su padecimiento o el mejor control —en el caso de las enfermedades crónicas degenerativas—, lo que redundará en una mejor calidad de vida. Como médicos, debemos aprender a detectar qué tan detallada y profunda debe ser la explicación al paciente sobre su padecimiento, de acuerdo con los deseos y necesidades de éste.

El paternalismo, entonces, es esencialmente deshumano. El pensamiento moderno no condonaría una actitud paternalista en otros campos, como por ejemplo en la política; entonces, ¿por qué mantenerla en medicina?

#### Paternalismo

De lo dicho hasta aquí, podemos afirmar que actualmente el paternalismo es incorrecto de practicar desde el punto de vista ético, ya que es difícil estar seguro que es lo mejor para el paciente e, incluso, estar seguros

que no produjimos un mal. Los paternalistas afirman que están preparados para vivir con ese riesgo, pero desafortunadamente son sus pacientes quienes tienen que vivir con las consecuencias. La tarea es también identificar, dentro de los modelos de comunicación propuestos en la literatura por diversos autores, cuál es el que aplicamos de manera cotidiana y llevar a cabo los cambios necesarios que propicien al respeto de la dignidad e integridad de nuestro paciente, reconociéndole su autonomía y favoreciendo que ésta se cumpla. Históricamente, varias investigaciones habían demostrado que la mayoría de los pacientes preferían dejar las decisiones terapéuticas a su médico. Sin embargo, estudios recientes concluyen que los pacientes desean ser más activos en la toma de decisiones, desarrollando un papel de mayor intervención en la elección de las opciones de tratamiento y manejo de su enfermedad, en especial aquellas que afectan su estilo de vida y relación con su entorno social.

#### La confianza

Debemos volver a esa entrevista clínica realizada a un amigo, en donde la confianza, la confianza y el entendimiento del otro, permiten una mejor identificación del problema, y por lo tanto el tratamiento tendrá mejores resultados. Abandonemos la relación de tipo formulario-paciente. La historia clínica debe ser un relato de una relación basada en la confianza, no un formato llenado a toda prisa e ilegible, ya que sólo cuando el paciente está convencido de que el médico lo ha escuchado y comprendido, creará en él, en

su capacidad para reintegrarle su salud, y con esto se solventará el problema de la adherencia terapéutica. Todos sabemos que entre 25 y 50% de los pacientes no cumplen con su tratamiento, sin embargo, varios estudios han demostrado que esto en el fondo es un problema de comunicación, en el cual el paciente no escuchó lo que el médico le dijo, porque quizá sólo le extendió su receta y le dio una indicación sin retroinformación. Desde luego aquí también está como trasfondo la falta de confianza del paciente hacia el médico. El médico tiene que utilizar su propia persona para desempeñar el papel de autoridad que le corresponde en esta relación y, sin menospreciar al paciente, lograr que confíe en él y coopere en el proceso de recuperación de su salud. La relación médico-paciente entonces está basada en un vínculo de coparticipación emocional, que sólo termina cuando el paciente se alivia o muere. Ante la intensidad de estas emociones, es entendible, pero no justificable, que el médico evite todo vínculo afectivo con sus pacientes, al hacerlo se pierde la posibilidad de experimentar una de las relaciones interpersonales más intensas. En resumen, es necesario reconocer la dignidad del enfermo, tratarlo en su totalidad, respetar su libertad de elección, fomentar su participación y desde luego ponerse en el lugar del otro, lo que se entiende por empatía, una de las herramientas de la comunicación.

### Mayor acercamiento

El proceso de comunicación con el paciente debe ser un proceso de creación de relaciones, introduciendo nuevos conceptos como flexibilidad profesional. La obtención de información de los pacientes sobre sus vivencias con los médicos será de gran utilidad para la elaboración de este modelo. La mala comunicación, cuando se asocia a una falta de ética, genera conflictos que desembocan en una demanda. Ante tal situación, algunos investigadores del fenómeno, como Devora Roter, se han dedicado a analizar, en la búsqueda de soluciones, la identificación de modelos de comunicación prevalentes en la medicina de primer nivel, para luego explorar la relación entre la satisfacción y las características de la relación médico paciente. Como resultado de ello, han descrito la comunicación rutinaria en el primer contacto con base en el análisis de cintas de audio y encuestas de salida a pacientes y médicos, encontrando que el comportamiento del médico es estrechamente biomédico (preguntas médicas y charlas biomédicas), en segundo lugar encontraron y describen el patrón biomédico extendido, con cierto nivel de discusión psicológica, con un patrón biopsicosocial que refiere equilibrio entre asuntos psico-sociales y biomédicos, principalmente, y el patrón más frecuen-

te. Describen por ejemplo, que el patrón biomédico se encontró en los profesionales de mayor edad y con menor nivel socioeconómico. Concluyen que la menor satisfacción de los pacientes fue con los médicos con patrón de comunicación biomédica (modalidad estrecha), mientras que el mejor grado de satisfacción del paciente fue el patrón psicosocial.

### Padre protector

Por otra parte, por si no faltaran más problemas, los conflictos familiares, y la relación médico paciente, tienen sin duda un caudal de sentimientos y emociones, partiendo de la base del ámbito en que estalla el problema. Es claro que ambos tipos de conflictos, devienen de una relación previa amistosa o de afinidad, para convertirse de golpe en una disputa de fuerte contenido emocional. El paciente establece una relación tal con su médico, que los psicólogos llaman transferencia, y puede llegar a verlo como un padre protector. La cual, de golpe, con motivo del conflicto, se construye un nuevo imaginario en el que éste pasa a ser su máximo enemigo. Es impostergable entender y estudiar el tema. Efectivamente existe coincidencia entre diversos investigadores y estudiosos en afirmar que de todas las habilidades que debe tener un médico, probablemente la comunicación interpersonal ha sido y es la más importante, hecho que es evidente en nuestros días, cuando la sociedad percibe que el lenguaje y la información que vierten los médicos no es clara y en ocasiones incomprensible, máxime si va teñida de “mediqués”, expresión verbal que utilizan algunos médicos matizada con terminología científica y abreviaturas sólo comprensible por el colega interlocutor. No podemos estar ajenos a tal problemática que se ha incrementado en los últimos años, a tal grado, que el estudio de la comunicación médico-paciente ha sido objeto de numerosas investigaciones, sobre todo en las últimas décadas del siglo pasado, basta revisar la literatura internacional, donde se destacan múltiples manuscritos abordando y tratando de escudriñar el tema, proponiendo algunas soluciones inaplazables.

### Apología del error

Uno de los temas fundamentales, abordados en relación con esta problemática, puede estar engendrado en el tema de la verdad, es decir, cuando por diversos factores el paciente tiene la percepción de que su médico no se está comunicando con la verdad, o viceversa, lo que produce ruptura en la relación. Varios autores han asegurado que la relación médico-paciente debe estar basada en la sinceridad y el médico debe atender la demanda constante de información del paciente y responder a ella. Hablar con verdad y sinceridad genera

seguridad y la confianza del paciente. Aún cuando se hable de un hecho involuntario con daño al paciente, o cuando se trate de reportar un error. Es hoy día irrefutable, que es más aceptado por los pacientes que se les hable con la verdad, lo que logra más fácilmente la comprensión o perdón del paciente, que cuando se oculta o se miente sobre el error cometido. El Dr. Lucian Leape, estudioso del error y los eventos adversos y referente internacional sobre el tema desde hace décadas, en el último Congreso Nacional 2006 sobre Seguridad del Paciente, recomendó hablar con la verdad con el paciente ante la presencia de un error, en lo que denominó “La apología del error” y que define así: a) La verdad y explicación debe realizarse tan pronto se identifique el error, b) El médico debe reportar sólo los hechos: qué ocurrió, no mencionar cómo y por qué piensa que ocurrió, c) El médico debe brindar información de la investigación que se va a desarrollar por tal evento y mencionar cuándo estará el resultado, d) Debe explicar sus recomendaciones para controlar el daño causado y e) Debe explicar la implicación en el pronóstico del paciente.

### Miedo a hablar

La relación médico paciente está inmersa en emociones, diferentes en cada protagonista, algunos autores recomiendan tener en cuenta las expectativas del médico con respecto al efecto que en un paciente pueda tener el decir o no la verdad, lo cual genera variaciones en la forma de reaccionar. Parece ser que no sólo es importante el mensaje terapéutico, sino el grado de convicción a la hora de transmitirlo, echando mano de las herramientas de la comunicación verbal y no verbal, con suficiente información de soporte, con adecuada modulación de la voz y actitud corporal congruente, por mencionar sólo algunas. En este sentido algunos estudiosos del tema aseveran que para conseguir una comunicación adecuada, es necesario vencer el miedo que en los profesionales genera el dar malas noticias, o lo que se puede provocar con nuestra comunicación, en las reacciones no controlables por parte del paciente. Debemos entender que éstas se pueden dar muy variadas, tanto, como diferente es la gama de respuestas y comportamientos del ser humano, y estar preparados para ello.

Aquí también podría hablarse por parte del profesional de “ansiedad social”, en el sentido del temor consciente o inconsciente de ser evaluado negativamente por parte del paciente o sus familiares y otras personas presentes, de tal suerte que impediría lo que en psicología social se conoce como “facilitación social”; es decir, que el ambiente social que rodea al médico, paciente, familiares, allegados y otros profesionales

sea percibido como favorable y por tanto facilitará el rendimiento del profesional. También cabría añadir que seguramente y, a la luz de recientes publicaciones, un contexto de mentira, manipulación o auto-justificaciones sin un alto grado de credibilidad dificultan no sólo la relación, sino que empeora la competencia social y, en consecuencia, el rendimiento. Situaciones que se agravan si además se encuentran acompañadas de una inadecuada información, desinformación o falta de ella.

### Herramientas para comunicarse

En cualquier actividad profesional y bajo el enfoque que se analiza (el funcional), el trabajo del médico transcurre en un proceso constante de recepción y transmisión de información, lo que supone una relación permanente de comunicación. En sus comunicaciones el médico establece un puente entre la entidad y el entorno, luego entonces establece relaciones, facilita procesos, recibe retroalimentación sobre la percepción que existe de la salud de sus pacientes, recibe un conjunto de datos que le permiten establecer estrategias diagnósticas, para tomar decisiones, identificar recursos terapéuticos y planear cursos de acción. Es bien conocido que en su comunicación el médico imparte instrucciones, identifica preocupaciones, motiva y ejerce influencia, controla la interpretación, ejecuta sus decisiones y educa al paciente; y que los valores y cultura dan coherencia al colectivo, entre otras.

Es conocido que los principales medios que usa el médico para comunicarse son la consulta, intercambios personales, informales y formales, tecnológicos como el teléfono; documentos escritos como la historia clínica, el expediente, las recetas, circulares, etcétera. Y en años recientes, el correo electrónico, la telemedicina, la transferencia de imágenes, y todas estas nuevas herramientas de la comunicación e información, que debemos incorporar a la conducta, actitud y concienciación de la práctica cotidiana con ética y humanismo, sin desconocer las implicaciones reglamentarias o legales que pudieran estar involucradas, empezamos entonces a ver más intrincado el panorama, por eso es obligatorio abordarlo y discutirlo, discriminando aquello que afecta la relación con nuestros pacientes. Cada medio de comunicación tiene sus ventajas y limitaciones. Las comunicaciones escritas permiten precisar el lenguaje; cuando se escribe pueden rectificarse expresiones, pulir las ideas para evitar que lo que se dice se interprete de manera diferente, cuando la comunicación escrita es apropiada y estructurada, sin embargo no posibilita la retroalimentación inmediata, ni la transmisión de sensaciones y sentimientos que se producen en las comunicaciones orales.

A pesar de los avances producidos en los últimos años en los instrumentos y técnicas de comunicación, la vía más utilizada por los médicos, a pesar de que se ha transformado —según investigaciones recientes—, es la comunicación oral, la comunicación cara a cara como instrumento de intercambio de información y de influencia sobre las personas. Tiene ventajas que no pueden sustituirse por otras vías ni medios técnicos como son el acceso directo y en vivo a las habilidades de comunicación que se han mencionado, tal es el caso de la retroinformación inmediata, que permite verificar la comprensión y el efecto del mensaje enviado, obtener la información que transmite el lenguaje gestual, corporal o no hablado, la riqueza de matices que se introducen con la entonación, el ritmo, el énfasis, y la posibilidad de transmitir, captar y generar sentimientos. Pero también puede ser generadora de incomprensiones, actitudes defensivas, rechazos y conflictos, más que cualquier otra vía de comunicación. Debemos entonces perfeccionarla y entrenarla, hoy la sociedad reclama que así sea.

### Paciente autónomo

Pero dónde quedó la información. Cuando especialmente en medicina, se requiere además de un gran cuidado y atención, que sea asentada en forma confiable, es otro rubro que se tiene que atender. El médico al buscar la objetividad en sus palabras, debe tener claro que una información infundada, tergiversada, alarmista o mal intencionada, no solo puede afectar al estado de ánimo del paciente y por ende su salud, sino también le puede generar molestia en forma importante.

Por otra parte, no podemos continuar reflexionando sobre la comunicación sin incluir a la ética médica, en 1978, en los Estados Unidos, el llamado “Informe Belmont” consagró los principios que orientan a la ética médica: autonomía, beneficencia no maleficencia y justicia, los cuales son aceptados para resolver problemas surgidos en el proceso de prestación de servicios sanitarios. Dichos pilares fundamentales de la ética médica actual, no han sido llevados a cabo por todos los médicos, e incluso son poco conocidos por los pacientes.

El desarrollo de la ética general ha estado ligado al desarrollo de la democracia y los derechos humanos. Sin embargo, la ética médica se mantuvo en su estado inicial durante varios siglos. Habiendo sido la medicina tradicional absolutamente paternalista y absolutista, al enfermo se le trató siempre como a un incompetente físico y mental. Sólo hasta la década de los setenta se le comenzó a reconocer su condición de agente moral autónomo, libre y responsable.

Hoy, las otras acciones asociadas a la comunicación, que como médicos debemos desarrollar, están en rela-

ción con actuar con beneficencia y no maleficencia, es decir, recordar las palabras “primero no dañar”, y esto llevarlo a la práctica diaria ante todos y cada uno de nuestros pacientes. En cuanto al cuarto principio, la justicia, aquí el planteamiento ético nos lleva a hacer siempre lo mejor por nuestro paciente de acuerdo con nuestros recursos y capacidad.

### Interpretación del mensaje

En todo proceso de comunicación humana, los sobrentendidos, malentendidos, ambigüedades, interferencias de sentido, muestran el carácter tan delicado del lenguaje y, por ello, resalta la obligación de darle el significado debido a cada expresión durante la conversación. La intersubjetividad que necesariamente produce en quienes participan en este proceso, es inevitable, por eso quien informa debe ser lo más objetivo, respetuoso y sencillo posible a la hora de transmitir la información.

Existen cualidades en el buen comunicador que hoy siguen siendo vigentes para los médicos: mirar y escuchar; pensar y reflexionar, para que finalmente pueda expresar de la mejor forma y comprensiblemente a todos quienes le han visto, escuchado e interpretado. La forma de entender o interpretar cada mensaje dependerá del conocimiento y de los prejuicios que los interlocutores tengan al respecto del proceso que viven. Pensar que todo se entiende es una utopía y un error potencial que genera una divergencia de opinión o hasta el rechazo de las propuestas del médico.

La visión fuera de éste contexto ético en la comunicación, tarde o temprano llevará a interpretaciones alejadas de lo que el acto médico conlleva en esencia. Entonces, la profesión médica requiere circunscribirse a una ética en la comunicación y no sólo a la de sus actuaciones técnicas propias del diagnóstico o los tratamientos. Acoger con agrado la tarea de definir el camino propio para la profesión y llevarla a cabo igualmente, con satisfacción, es sin duda alguna una virtud que hará sentir al médico en plenitud de capacidades. La ética de la comunicación debe propiciar espacios en donde se pueda plantear, reflexionar y analizar los grandes conflictos morales, para que al final las respuestas estén orientadas por un fundamento filosófico, por una axiología que deba guiar el decir y el actuar. Carrasco de Paula, (2003), sugiere tres momentos significativos —con contenido axiológico— en la comunicación médico-paciente:

1. El reconocimiento del otro como persona. Implica reconocerle dignidad y respeto, en una relación de dar y recibir. Esto no puede ser opcional dado que es relación entre seres humanos.
2. La relación genuina. Se dirige a construir una alian-

za terapéutica real y a la definición clara del papel de cada uno, fundada en el empeño respectivo, uno por reintegrarlo al estado de salud, y el otro, por recuperarla con base en la necesidad de ser curado.

3. Aceptación de los títulos respectivos. Cada uno como comunicador de percepciones sobre lo que les compete. Cada uno comunicará la verdad que le corresponde. El médico con la autoridad moral que le otorga su saber, y el paciente con libertad y el derecho de autonomía para decidir y asumir las consecuencias de su decisión. Ni al médico le gustará que el paciente le mienta, mientras tampoco al paciente le parecería bien que el médico haga lo mismo.

Ya están pasando las épocas paternalistas en las que el médico era quien sabía y ordenaba, asumiendo que es lo mejor para su paciente. Estos tiempos de autonomía y autodeterminación le reservan al paciente el poder decisorio. La verdadera comunicación está basada en la adecuada percepción del otro. Y a su vez, “el otro deja en mí su huella a través de la palabra y el silencio”.

### Seamos sujetos integrales

Finalmente, como este acto de comunicarnos con el otro es de doble vía, nuestro oficio —la medicina— nos cambia; si ello no ocurre significa que no lo hemos hecho bien, oír a tantos sujetos deja su impronta. Pensemos si seríamos los mismos después de varios años de ser médicos de pacientes o de haber tenido una profesión sin contacto visceral con los otros, por ejemplo, un oficio solitario, sin contacto con los demás. Ojalá esta reflexión nos cambie para llegar a ser los sujetos integrales que conocen algo del misterio del otro, con todo lo que implica, a través de la comunicación humana y sus herramientas, conocer realmente al otro, y ayudarlo plenamente. En dicho proceso debemos detenernos en la acción y preguntarnos que espera el paciente de nosotros, una enseñanza que no podemos desdeñar, ya que nos enseña. Varios estudios han sido encausados en este sentido, coinciden en reconocer que en las perspectivas de los pacientes requieren del “médico ideal” la confluencia de varias características juntas, entre las que destacan que sea confiable e inspire confianza, se compenetre de sus problemas (empatía), trata de comprender lo que está sintiendo, tanto física como emocionalmente y se lo comunica, es humano y demuestra compasión, compasión y tiene un trato personal respetuoso, afable, franco y se comunica en forma directa y sencilla, es diligente y dedicado a su problema, a lo que agregamos, que practica una “medicina asertiva” y las cuatro acciones que ello implica: mantiene actualizados sus conocimientos, habilidades y destrezas, conoce, respeta y hace respetar sus derechos como paciente, hace respetar sus derechos como

médico y mantiene una comunicación humana plena en habilidades. En suma, mantienen relaciones interpersonales eficaces en cualquier circunstancia de la asistencia médica.

Varios autores analizan hoy en día, en diferentes países, incluido el nuestro, la manera en que los médicos puedan incorporar ésta competencia de la comunicación humana y un comportamiento asertivo, para mejorar la relación médico-paciente, partiendo desde las instancias educativas, y obtener la mejor preparación de los futuros profesionales.

### Bibliografía

1. Levinson W; Roter DL; Mullooly JP; Dull VT; Frankel RM: Physician-Patient Communication. *The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons*. JAMA. 1997;277:553-559.
2. Sgreccia E. *Manual de Bioética*. Capítulo I. Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac. Edit. Diana. México: 1996. p 30
3. Beauchamps TL, Childress J. *Principles of biomedical ethics*. 4th ed. New York; Oxford University Press, 1994.
4. Mavroforou A, Giannoukas AD, Katsamouris A, Michalodimitrakis E. *The importance of communication between physicians and patients. Special considerations in the era of endovascular therapy*. Int Angiol. 2002;21(1):99-102. (Review PMID: 11941282)
5. Pappas S, Perlman A. *Complementary and alternative medicine. The importance of doctor patient communication*. Med Clin North Am 2002; 86(1):1-14.
6. Stone T, Mantese A. *Conflicting values and the patient provider relationship in managed care*. J Health Care Finance 1999;26(1):48-62.
7. Cockburn J, Pit S. *Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors perceptions of patients' expectations*. BMJ 1997;315:520-522
8. Coulter A: *After Bristol: Putting patients at the centre*. BMJ 2002;324:648-50.
9. Tena Tamayo C, Ruelas Barajas E, Sánchez González JM, Rivera Cisneros AE, Moctezuma Barragán G, Manuell Lee RG et al. *Derechos de los Pacientes en México*. Rev. Med IMSS 2002; 40(6):523-529.
10. Abbagnano N. *Diccionario de Filosofía*. Fondo de Cultura Económica. México 3a. Ed.1 998, p 772.
11. Degner LF and Sloan JA: *Decision making during serious illness: What role do patients really want to play?* Journal of Clinical Epidemiology 45 (9), 1992:941-950.
12. Mishler EG *The discourse of medicine, dialectics of medical intercourse*. Norwood, New Jersey; Ablex Publishing Corporation. 1984
13. Stiggelbout AM, Kiebert GM *A role for the sick role. Patient preferences regarding information and participation in clinical decision making* Canadian Medical Association Journal 157 (4) 1994:423-427
14. Reiew of Deber RB *Physicians in health care management: 8: The patient physician partnership: decision making, problem solving and the desire to participate*. Canadian Medical Association Journal 151 (4) 1994: 423-427
15. Degner LF et al: *Information needs and decisional preferences in women with breast cancer*. JAMA 227(18) 1997:1485-1492.
16. Morse JM, Anderson G, Botorff JL, et al. *Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice?* Image J Nurs Sch. 1992;24:273-280.
17. Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Pipkin M Jr, Stiles W, INRI TS. *Communication patterns of primary care physicians*. JAMA 1997, 277:350-356.
18. Carrasco de PI, “*La comunicación médico-paciente: elementos para una fundamentación ética*”; Medicina y Ética, Vol. XIV, Número II, abril-junio 2003, p 145.
19. Tena Tamayo C, Sánchez González JM, *Medicina Asertiva: una propuesta contra la medicina defensiva*, Ginecol Obstet Méx 2005; 73(10): 553-559.