

COMUNICACIÓN

Prof. Xavier Clèries

1. PRINCIPALES MOTIVOS PARA APRENDER A COMUNICARSE CON EL PACIENTE.

1.1. La esencia de la profesión sanitaria.

La relación profesional - paciente es compleja y por esta razón proponemos adentrarnos en este tema planteando las bases del ejercicio de la profesión sanitaria. ¿Qué quiere decir ser profesional? ¿Qué significado se le otorga al ejercicio de la atención asistencial? De alguna manera, a través de estas cuestiones es inevitable apelar a los referentes ontológicos y epistemológicos de la profesión sanitaria. Veamos algunos aspectos en la tabla que sigue.

La esencia de la profesión sanitaria ^{1,2,3,4}.

- El origen de la profesión sanitaria se centra en la relación que se establece con la persona que necesita ayuda en su proceso de salud-enfermedad. No es lo mismo considerar la patología de una persona, que una persona manifestando una enfermedad determinada.
- Los conocimientos, la aplicación de técnicas, la utilización de alta tecnología y los esfuerzos de gestión de los servicios sanitarios de poca cosa sirven si no se contemplan los aspectos individuales de la persona.
- El modelo biomédico, con un enfoque etiopatogénico y morfológico de la enfermedad, debe complementarse con una perspectiva psicosocial y una interrelación profesional-paciente.
- Las actividades realizadas en el ámbito sanitario giran alrededor de la enfermedad, el dolor, la discapacidad, el trastorno mental y la muerte, generando estados altamente emotivos en las personas afectadas.
- La actitud del profesional deviene crucial para ejercer la medicina. El interés genuino por las necesidades del consultante debe erigirse como el norte que ha de guiar la práctica asistencial.

Delàs ⁵ sostiene que “ la perspectiva científica no debe estar reñida con el trato respetuoso y diferenciado a las personas. Se debe evitar dispensar a las personas el trato de cosas”.

Sin embargo, es frecuente que en la relación asistencial se produzca un trato deshumanizado, parecido al que hemos podido apreciar en la situación del caso con el que se iniciaba este capítulo, así por ejemplo:

- Tratar las personas como cosas. *Encima de la camilla, le dejan “aparcado” en el pasillo de urgencias ...*
- Dar a la persona el nombre de la enfermedad (*“Es que tengo que ir a ver a una inmunodeficiencia”*) o del número de la habitación (*“El calmante es para la 333”*).
- Utilizar términos despectivos para referirse a los pacientes.

Queremos insistir en la idea principal de este apartado. Un paciente, enfermo, usuario o como quiera llamársele, es un **ser humano** que precisa unas atenciones desde una visión biopsicosocial de los procesos de salud y de enfermedad. A continuación veremos una perspectiva social que justifica que el profesional de la salud adquiera la competencia comunicativa.

1.2. Los cambios sociales.

La relación que se establece entre profesional y paciente se debe contextualizar en el sistema sanitario y en el sistema educativo (ámbito universitario preferentemente). En definitiva, todos, profesionales, usuarios, centros de salud, sistema sanitario y sistema educativo, inseridos en la sociedad que determina las necesidades de salud de los ciudadanos y los recursos que se deben dedicar.

La profesión sanitaria, de la misma manera que el sistema de salud en general, se encuentra conviviendo con un conjunto de procesos de cambio que determinan la sociedad del incipiente siglo XXI. A continuación podremos contemplar algunos procesos de tipo social, cultural, organizativos,

tecnológicos y políticos que suponen un reto para la profesión sanitaria y que exponemos en la tabla siguiente.

Procesos sociales que afectan a la profesión sanitaria ^{7,8,9,10} .

- Los valores de la sociedad y del sistema sanitario parecen confluír en una tendencia a gestionar mejor los recursos existentes a través de criterios de gestión empresarial y rendir cuentas (*accountability*, en inglés) como consecuencia del crecimiento del poder del ciudadano (*empowerment*, en inglés) y a la responsabilidad social (paso del Estado del bienestar a la sociedad del bienestar).
- La opinión de los ciudadanos se ha convertido en crucial al demandar unas prestaciones sanitarias adecuadas y un trato humano personalizado.
- El respeto de los principios éticos básicos (**no maleficiencia, beneficencia, autonomía y justicia**) y de las normas éticas básicas (**confidencialidad, fidelidad y veracidad y consentimiento válido**) se han plasmado en leyes aplicables al sistema sanitario.
- Surgen nuevos datos descriptivos: la feminización de la profesión médica, la aparición de nuevas enfermedades, el crecimiento de la población mayor de 75 años, la inmigración y los cambios en el concepto de salud (mucho más que la mera ausencia de enfermedad).
- Percepción de pérdida de prestigio social de la profesión médica.
- Aparición de nuevos modelos organizativos sanitarios en que se mercantiliza la salud, propiciando productos de salud y predominando una ideología economicista.
- El ejercicio de la medicina se desprofesionaliza y se proletariza, produciéndose una tendencia a la estandarización y a la rutina con el fin de reducir la incertidumbre.

A pesar de estas consideraciones, hay que resaltar las voces de algunos profesionales que abogan por la integración de los requerimientos de índole económica con el ejercicio de la profesión médica como una actividad orientada a la ayuda de los demás en los procesos de enfermedad y de salud, en el

sentido de que una buena relación de ayuda no es incompatible con la racionalización del gasto sanitario.

1.3. Las competencias de la profesión sanitaria.

Se entiende la competencia profesional como la capacidad de utilizar los conocimientos y aptitudes para resolver los problemas que se presentan en el ejercicio de la práctica cotidiana y poder afrontar diferentes situaciones propias de su disciplina ¹¹. Describiremos, a modo de ejemplo, las competencias de la profesión médica^a. Existen diversas instituciones en el ámbito nacional e internacional que definen las competencias necesarias para la formación de pregrado de los estudiantes de Medicina e iniciar un debate sobre lo que es preciso para ejercer la profesión médica. A continuación se pueden observar las principales dimensiones de la competencia profesional de medicina.

Dimensiones de la competencia profesional médica ^{12,13,14,15,16}

^a Entendemos que otras profesiones sanitarias como las de enfermería, psicología, etc. poseen una base ontológica y epistemológica mucho más orientada hacia la persona que queda reflejada en la enseñanza, por ejemplo, de pregrado. Por esta razón, enfatizamos las aportaciones que se realizan en la profesión médica en particular.

Dimensiones	Componentes
Cognitiva	<p>Conocimientos básicos. Habilidades comunicativas básicas. Aplicación de conocimientos a situaciones reales. Utilización del conocimiento tácito y la experiencia personal. Abstracción de resolución de problemas. Autodirección en la adquisición de nuevos conocimientos. Reconocimiento de déficits en el conocimiento. Generar preguntas. Utilización de recursos (p.e. evidencia publicada, experiencia de colegas). Aprender de la experiencia. Habilidades de examen físico.</p>
Técnica Integrativa Contextual Relacional	<p>Habilidades quirúrgicas. Incorporación del juicio científico, clínico y humanístico.</p> <p>Utilización apropiada de estrategias de razonamiento clínico (hipotético-deductivo, conocimiento elaborado). Interrelación de conocimientos clínicos interdisciplinarios.</p> <p>Manejo de la incertidumbre. Ámbito clínico. Utilización adecuada del tiempo.</p> <p>Habilidades comunicativas. Manejo de conflictos. Trabajo en equipo. Enseñar a otros (p.e. pacientes, estudiantes y colegas).</p> <p>Tolerancia a la ambigüedad y a la</p>

1.4. Las evidencias de la relación profesional - paciente.

Más allá de considerar la comunicación como una simple cuestión de buenas costumbres o buena educación, hay numerosos estudios que muestran su influencia en el resultado final del acto asistencial. Así por ejemplo, una comunicación deficiente comporta diversas consecuencias negativas, como vemos en la tabla siguiente.

Consecuencias negativas de una mala comunicación profesional - paciente ^{17,18} .

- El 54 % de las quejas y molestias de los pacientes no son tenidas en consideración por los profesionales.
- En el 50% de las consultas, médicos y pacientes no se ponen de acuerdo sobre cual es el principal motivo de consulta.
- Frecuentemente, los médicos interrumpen a los pacientes después de que hayan expuesto su primera preocupación, como si únicamente la primera marcara la importancia de la entrevista.
- Los médicos raramente preguntan sobre qué idea tiene el paciente sobre sus problemas de salud.
- En general, los médicos desestiman la necesidad que tiene el paciente de recibir información sobre el tratamiento que debe recibir.
- Los médicos abusan de un argot técnico que los pacientes no pueden entender.
- Los pacientes tienen gran dificultad de entender y expresar la información dada por los profesionales.
- El 50% de los pacientes no cumple, totalmente o parcialmente, las pautas terapéuticas prescritas por el facultativo.
- La falta de adhesión terapéutica es muy cara: 9 billones (CAN\$) anuales en Canadá y más de 100 billones (US\$) en EEUU.
- En un 70% de los casos, la mala comunicación médico-paciente acaba en litigios legales.

- La falta de capacidad para entender las preocupaciones, explica la mayoría de casos de insatisfacción del paciente.

Por otro lado, otros estudios demuestran que una buena comunicación y una buena relación con el paciente revierten en resultados positivos, tal y como observamos en la tabla.

Aspectos positivos de una buena relación profesional - paciente ^{17,18,19} .

- Utilizar más preguntas abiertas que cerradas y escuchar atentamente, facilita la comprensión de las preocupaciones de los pacientes.
- Si al paciente se le permite hacer preguntas, aumenta la información que éste entiende.
- Centrarse en las necesidades del paciente, contribuye a aumentar su satisfacción respecto la consulta.
- Descubrir y entender las expectativas, aumenta la satisfacción del paciente.
- La comunicación no verbal adecuada incrementa la satisfacción del paciente.
- Pedir al paciente que repita con sus propias palabras lo que ha entendido de la información que le ha facilitado el médico, aumenta en un 30% la información que el paciente retendrá.
- Preguntar sobre las creencias, ideas, preocupaciones y actitudes del paciente, incrementa la adhesión al tratamiento.
- Permitir que el paciente hable de sus preocupaciones, mejora el control de la hipertensión.
- Cuando los profesionales demuestran interés, se interesan por las expectativas del enfermo y le dan apoyo, los enfermos están más satisfechos y se incrementa el beneficio terapéutico.
- Los profesionales que tienen buenas habilidades comunicacionales, reducen el tiempo global de atención al enfermo.

En definitiva, la recopilación de estudios científicos demuestra que una buena comunicación por parte del facultativo influye notablemente en unos beneficios tanto para el paciente como para el propio profesional.

Bibliografía

¹ Laín Entralgo, P. (1983). *La relación médico-enfermo*. Madrid: Alianza Universidad.

² Tizón, J.L. (1987). *Components psicològics de la pràctica mèdica: una perspectiva*. (Monografies mèdiques, 31). Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears.

³ Sarrado, J.J., Clèries, X., Ferrer, M., Kronfly, E. (2004). Evidencia científica en medicina. ¿Única alternativa? *Gaceta Sanitaria*, 18 (3), 235-244.

⁴ Clèries, X., Borrell, F., Epstein, R.M., Kronfly, E. , Martínez, J.M. (2003). Aspectos comunicacionales: el reto de la profesión médica. *Atención Primaria*, 32 (2), 110-117.

⁵ Delàs, J. (2002). Informes clínicos. Manual d'estil. (p. 33). Edicions Universitat de Barcelona.

⁶Expresiones de los profesionales de la salud recogidas en el contexto de actividades docentes organizadas por el Institut d'Estudis de la Salut.

⁷Salter B. Change in the governance of medicine: the politics of self-regulation. *Policy and Politics* 1999, 27 (2): 144-145.

⁸ Jovell, A. (2002). El futuro de la profesión médica. *Educación Médica*, 5, 73-75.

⁹ Rodríguez, J.A. (2004). Redefiniendo la profesión: los médicos de Barcelona en el nuevo milenio. *Educación Médica* 7 (1) 9:2-8.

¹⁰ Generalitat de Catalunya (2003). Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

¹¹ Kane, M.T. (1992). The assessment of professional competence. *Education and the health professions*, 15, 163-182.

¹² *Accreditation Council for graduate Medical Education*. <http://www.acgme.org>

¹³ Harden, R.M., Crosby, J.R., Davis, M.H. & Friedman, M. (1999). From competency to meta-competency: a model for the specification of learning outcomes. *Medical Teacher*, 21, 546-552.

¹⁴Epstein, R.M. (1996). The patient-physician relationship. En M.B. Mengel i W.L. Molleman (eds.). *Fundamentals of Clinical Practice: A textbook on the Patient, Doctor and Society*. New York: Plenum Medical Books 1996 (pp. 105-132).

¹⁵ Epstein, R.M., Hundert, E.M. (2002). Defining and Assessing Professional Competence. *JAMA* 287; 226-233.

¹⁶ Generalitat de Catalunya (2002). *Competències de professions Sanitàries*. Barcelona, Institut d'Estudis de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.

¹⁷ Kurtz, S.M., Silverman, J.D., Draper, J. (1998). *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. Oxford: Radcliffe Medical Press.

¹⁸ Meichenbaum, D. , Turk, D.C. (1991). *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos*. Bilbao: DDB.

¹⁹Stewart, M.A., Brown, J.B., Donner, A., McWhinney, I.R., Oates, J., Weston, W.W. *et al.* (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal Family Practice*, 49 (9), 796-80.