

Comunicación: una competencia esencial del médico de familia

Julia Bóveda Fontán

SAP Pintor Colmeiro-Vigo. Grupo Comunicación y Salud AGAMFEC

Cad Aten Primaria
Año 2007
Volumen 14
Pág. 292-295

La entrevista clínica, independientemente del ámbito asistencial en el que se produce, de los objetivos que se planteen y del formato que tenga, se desarrolla a partir de un encuentro entre profesional y paciente, lo que supone siempre un acto de comunicación. Se dice que la entrevista clínica es el encuentro comunicacional entre dos expertos: nosotros, somos los expertos en salud, y el paciente es experto en sí mismo, en su persona. Este encuentro tiene un claro objetivo: intentar mejorar el nivel de salud del paciente, o al menos, ayudarle a ello.

Podríamos pues afirmar que, en la relación entre un profesional médico y un paciente, el objetivo de la comunicación es establecer una relación curativa¹.

La Medicina, y por tanto la relación entre médicos y pacientes, ha sufrido grandes cambios en los últimos años, cambios que afectan por igual a profesionales y a pacientes, siendo necesaria una mutua adaptación. Estamos pasando de un modelo de relación médico paciente basado en el paternalismo, a otro con más respeto a la autonomía del paciente y mayor implicación de éste en la toma de decisiones.

El paciente actualmente, no sólo nos exige mayores conocimientos, sino también un tipo de relación más fluida, más adaptada a sus necesidades, una atención más personalizada. Actualmente, los usuarios reclaman cuestiones como que el médico se explique bien, que muestre interés por sus problemas, que le permita dar su opinión, que tenga en cuenta sus necesidades especiales o que sepa prestar apoyo emocional. El resto, la capacitación técnica del médico, se da por supuesta. Trabajamos **con y para personas**. Personas individuales, con sus conocimientos, su cultura, su idioma, su trabajo, su familia, sus creencias,... Necesitamos, por tanto, una **gran capacidad** de adaptación para saber **"conectar" con cada paciente**. Gran parte del poder terapéutico de un médico descansa precisamente en la capacidad que éste tiene de adaptarse a las necesidades de su paciente. Se podría pues decir que en una época de medicina más masificada se nos pide una atención más individualizada.

Los profesionales de salud, médicos y de enfermería, convivimos con el sufrimiento de los pacientes. Pero nuestra formación y también nuestra organización se han orientado clásicamente a atender el síntoma, sobre todo el síntoma orgánico, a conocer sus causas y el tratamiento más adecuado; nos dan para ello 5 o 6 minutos. Sin embargo, el usuario nos está pidiendo algo más, lo que verdaderamente desea es que atendamos su padecimiento y nos comprometamos en su cuidado.

Por otro lado, todavía seguimos utilizando en la relación con los pacientes estilos muy prescriptivos, autoritarios y con enfoques puramente biomédicos. Los tratamientos se imponen más que se consensúan, y las posibilidades de participación del paciente en las decisiones clínicas son escasas. En consecuencia, los pacientes desarrollan estrategias para tomar sus propias decisiones sobre el tratamiento, adaptándolo a su vida.

La tentación de vernos como "técnicos" puros de la medicina es enorme, y esta tentación se traduce en realizar "buenas anamnesis" más que "buenas entrevistas"², se traduce en preguntar, pensar y prescribir.

¿Verdad que muchas veces deseáramos ser como el insigne Dr. House?. ¡El no necesita conocer la vida de los pacientes, solo síntomas y resultados de pruebas!. El trata de encajar las piezas de un puzzle para obtener un diagnóstico. ¡Lo demás da igual!. ¿Para que esforzarnos en ser empáticos con el paciente cuando con los fármacos y tecnología actual se le puede curar, incluso contra su voluntad?. ¿Porqué tengo que oír cosas como: "¿No sería mejor que me hiciera una RMN?" o "Estuve leyendo en Internet..."? o "Yo creo que a mi este tratamiento no me va a ir bien". A veces, sobre todo cuando nos iniciamos en nuestra labor profesional, esto nos irrita, "¿Acaso no sabré yo lo que me traigo entre manos?", "Aquí el que sabe lo que le conviene al paciente soy yo". Como decía al inicio, nosotros somos expertos en salud, para eso nos preparamos día a día. Pero los pacientes son expertos en su persona, ellos se comprenden a sí mis-

mos y conocen su mundo personal, sus recursos y carencias. Si entendemos esto y nos lo creemos de verdad, entonces estaremos en condiciones de convertir la entrevista con el paciente en un encuentro realmente útil.

De todos es conocido que la mejora en habilidades de comunicación tiene importantes efectos beneficiosos en el proceso asistencial, tanto para el paciente como para el profesional; múltiples estudios lo avalan. Ensayos controlados han demostrado que aspectos específicos de una buena comunicación médico-paciente están estrechamente relacionados con mejoras en los resultados en salud medidos objetivamente (DM, HTA, cefaleas, fibromialgia)^{3,4}, con escalas de estado funcional y con la salud subjetiva. La mejora de la comunicación médico-paciente se relaciona asimismo con una mayor satisfacción del paciente, una mayor adherencia a los tratamientos⁵ (si una persona participa más en la toma de decisiones del médico, cumple mejor con los tratamientos), y con un menor número de reclamaciones. Sabido es que la mayor parte de las demandas por errores médicos se deben más a problemas de mala comunicación e información que a una verdadera mala praxis. Pero esto no es todo. Unas buenas habilidades de comunicación se han relacionado con una mejora en la gestión del tiempo en la consulta (ese bien tan escaso en nuestro trabajo diario) así como con el grado de satisfacción de los profesionales⁶. Un reciente estudio demuestra que podría ser un factor preventivo del síndrome de *burnout* en los médicos de familia⁷.

Pero no nos vayamos a confundir. No todo en la relación con el paciente es comunicación. Hay un aspecto técnico que no podemos nunca dejar de lado. No podemos olvidar que la relación asistencial tiene dos componentes siempre presentes: **el técnico y el humano**. Estos dos componentes se entrelazan siempre con mayor o menor peso⁸.

En el aspecto humano, médico y paciente tratan de comunicarse y construir una relación de ayuda, una relación presidida por la honestidad, la confianza y la mutua satisfacción⁹. Una buena relación allanará el camino para ser más eficaces en la consulta.

Ahora bien, la satisfacción tiene un componente técnico indudable: si no solucionamos el problema del paciente o al menos lo aliviemos, es probable que el paciente busque a otro profesional. Sería un error reducir el encuentro médico-paciente a aspectos de relación y comunicación⁸, la formación técnica es imprescindible.

Y esto de la comunicación... ¿Se puede aprender?, ¿se puede practicar para mejorar en nuestra relación con los pacientes?

Todos los seres humanos somos expertos en comunicación, pero al igual que en todas las áreas del conocimiento médico, siempre podemos hacer las cosas mejor. Es una idea bastante generalizada

que las entrevistas con los pacientes puede hacerlas cualquiera; es cuestión de hacer preguntas. Si hacemos preguntas obtenemos respuestas, pero no siempre obtenemos información. ¿Qué dificultad podríamos encontrar en la entrevista con los pacientes si, al fin y al cabo, a todos nos han adiestrado sobre que cosas debemos preguntar buscando un diagnóstico para poder hacer una recomendación terapéutica?. Pero la realidad nos muestra otra cosa. Los datos del Informe del Consenso de Toronto (año 1993)¹⁰ nos aportan datos como los siguientes: la mitad de las quejas y de las preocupaciones de los pacientes no son detectadas, no se descubre más de la mitad de los problemas psicosociales; en la mitad de las entrevistas el paciente y el médico no están de acuerdo sobre la naturaleza del problema y, un dato que quizás nos sorprenda: "no les dejamos describir sus problemas", interrumpiéndolos a los 18 segundos de exposición por término medio. Diversos estudios realizados con posterioridad muestran resultados similares^{11,12}.

En el encuentro con un paciente nos debemos plantear cuestiones como:

- ¿Qué me pide hoy realmente este paciente, cual es su demanda real?
- ¿Cómo puedo yo ayudar a este paciente a que cambie sus hábitos o a que cumpla con el tratamiento?
- ¿Cómo puedo ayudarle a cambiar esas creencias tan arraigadas y que le están perjudicando?
- ¿Cómo le informo de esta mala noticia?
- ¿Cómo puedo tratar por igual a todos mis pacientes aunque me caigan mal?
- ¿Cómo puedo conectar con este adolescente?
-

La obtención de información del paciente, la capacidad para hacernos entender, la habilidad para la negociación, la sensibilidad para abordar unas malas noticias,... todos estos son aspectos inherentes a nuestra práctica diaria como médicos de familia, y su buen desarrollo influye de forma determinante en el resultado final. Hasta hace muy poco estas habilidades eran adquiridas de forma intuitiva. Hoy en día, tenemos constatación de que estos aspectos no sólo dependen de habilidades "naturales", sino que una formación adecuada puede modificar actitudes profesionales, aportar conocimientos de interés e incorporar habilidades de gran utilidad en la clínica.

Todas las habilidades de comunicación deben basarse en un interés real por el paciente y en un respeto por su libertad. Hablamos de empatía, calidez, cordialidad, respeto... opuestos a irritabilidad, pereza... estas no pueden ser palabras vacías, sino que tienen una implicación más profunda, **deben traducir actitudes, maneras de percibir nuestra profesión**¹³. En palabras de F. Borrell: "En ausencia de un genuino interés por los problemas de una determinada persona, lo más probable es que una empatía verbal resulte un acto mecánico

incapaz de llegar al paciente, un acto percibido incluso en el límite de la honestidad"¹³.

A lo largo de nuestra vida profesional se nos plantean distintos retos⁸ en todos los campos del saber médico y por tanto también en el ámbito de la comunicación.

Un médico que se inicia en su labor profesional pensará: "A mi en la facultad no me hablaban de esto de las habilidades de comunicación y resulta que ahora es lo más importante; siempre me hablaron de la importancia de la relación médico paciente, de la valoración biopsicosocial,... pero ahora me dicen cosas como que tengo que ser cordial..., empático..., asertivo..., practicar eso de la escucha activa... y encima preguntarle al paciente "¿hay algo más que me quiera comentar hoy?", y ...icon cada uno de los pacientes!... Ya me cuesta, pero sobre todo me resulta casi imposible con los que entran en consulta diciendo: " ¡Uy!, ¡que jovencita/o es Vd. para ser médico!", o eso otro de "¡Vaya, hoy no está el doctor!".

El médico joven, precisa calibrar su **cordialidad y empatía**, pero quizás, en donde mayores dificultades puede encontrar es en el desarrollo de la **asertividad**. Probablemente sea éste su mayor reto. Este término se podría definir como "saber lo que el profesional se trae entre manos", pero también nos referimos con ello a una manera de reaccionar ante las dificultades serena y con conocimiento del terreno, equidistante por igual de la pasividad y de la irritación o agresividad⁹. No nos olvidemos, como ya dijimos, que es imprescindible una capacitación técnica para respaldar una manera segura de trabajar. Pero además hay que tener en cuenta que como clínicos trabajamos siempre con un grado de incertidumbre, ya que no siempre nuestros diagnósticos son apoyados por datos objetivos, muchas veces, como sabemos, son diagnósticos de exclusión y ello nos obliga a soportar momentos de incertidumbre. Podríamos decir que los médicos de familia somos especialistas en incertidumbre y debemos aprender a convivir con ella y a manejarla. Para ello, la asertividad es un arma fundamental.

¿Y cuáles son los retos de los médicos con años de ejercicio? Generalmente ya son más asertivos, éste no suele ser un problema importante ya que el tiempo ayuda a mejorar esta habilidad. Quizás el principal reto, y hablamos desde el punto de vista de la comunicación, sea mantener la **paciencia**⁹. Sin paciencia no hay empatía, no hay contacto verdadero con el paciente. Posiblemente la paciencia sea la demostración más extrema del respeto. Supone un gran esfuerzo. La paciencia no es sencillamente esperar a que suceda algo, sino que consiste sobre todo en apaciguarnos, apaciguarnos porque una previsión de acontecimientos que teníamos en la cabeza no se va a cumplir, y es sensato adaptarse a la nueva situación cuando las cosas no van como teníamos previsto. No nos pongamos nerviosos, ya que aumentamos el riesgo de cometer errores; adaptémonos y procuremos disfrutar de nuestro trabajo.

En el año 2002, un periodista, Vicente Verdú, publica un artículo que titula "**Médicos fríos**"¹⁴ en el que plasma unas interesantes reflexiones:

Por primera vez en España se ha verificado que los pacientes mejoran si son bien atendidos por sus médicos.

¿Era preciso realizar una investigación para obtener tal conclusión?

Los médicos, en general, comunican mal. Se comportan ante el paciente como una terminal que dispensa remedios a una solicitud, y la circulación entre ambos es de sentido único. El paciente declara lo que siente o cree que siente durante unos minutos y a partir de ahí el médico hace todo lo demás. Desentraña el significado de esas palabras, cavila veloz, formula un diagnóstico del que no siempre informa, prescribe una medicación...

Continúa diciendo:

Hay médicos que no tienen tanta prisa y demuestran interés por el habla del paciente, pero a los más se les va corriendo el tiempo y traslucen que las historias del enfermo les fastidian. O les parecen farragosas o las juzgan propias de ignorantes, inconexas o subjetivas.....O el paciente no sabe expresarse o no sabe nada. El que sabe todo es el médico....

Hay médicos que aumentan las ganas de vivir, que apuntalan la confianza en la curación, que ilusionan la compra medicamentosa, que crean una compañía impensada en un tiempo crítico. Hay médicos que abordan la dolencia del enfermo codo a codo con él. No se quedan atrincherados tras su escritorio, entregan la receta sin mirar y esperan a conocer el impacto a plazo. Se trata de buenos médicos que se alían en la tarea de recobrar la salud e inmediatamente nos mejoran. Esos médicos curan con su actitud, mitigan nuestros achaques con su solidaridad, devuelven las razones para mejorar en un mundo afectivo.

Y terminamos con las palabras finales de este artículo:

Algunos médicos creen todavía que son profesionales como cualquier otro, pero entre la gente constituyen una parte de su felicidad o de su dolor, complementos directos de su vida y de su muerte. ¿Cómo no valorar hasta el extremo la comunicación con ellos?

BIBLIOGRAFIA

1. Zoppi K, Epstein R M. ¿Es la comunicación una habilidad? Las habilidades comunicativas para mantener una buena relación. An Sist Sanit Navarra.2001;24(supl 2):24-31
2. Borrell i Carrió F. Entrevista clínica viva. Aten Primaria 2004; 34 (1):3-5
3. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. Med Care 1989; 27:110-127

4. Muñoz Alamo M, Ruiz Moral R, Perula de Torres L. Evaluation of a patient- centered approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromialgia patients in primary care. *Pat Edu Couns.* 2002; 48:23-31
5. Prados JA. Importancia de la relación médico-enfermo y la entrevista clínica en el cumplimiento del tratamiento. *Inf Ter Sist Nac Salud* 1992; 16: 209-216
6. Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M, Stiles W, Inri TS. Communication patterns of primary care physicians. *JAMA* 1997; 227:350-356
7. Cebrià Andreu J, Palma Sevillano C, Segura Bernal J, Gracia Ballarín R, Pérez Sánchez J. El entrenamiento en habilidades comunicacionales podría ser un factor preventivo del síndrome de burnout en los médicos de familia. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna.* 2006;33(1): 34-40
8. Borrell i Carrió F. La relación médico paciente en un mundo cambiante. *HUMANITAS Humanidades Médicas (Revista on-line)* 2007 Mayo; 15
9. Mira J, Galdón M, García E, Velasco M, Lorenzo S, Vitaller J, et al. ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. *Rev Calidad Asistencial* 1999; 14:165-177
10. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D et al. Comunicación médico-paciente: el informe del consenso de Toronto. *Br Med J (Ed. esp.)* 1993; 8: 40-44.
11. Ruiz Moral R. Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. Barcelona: Ed. Semfyc; 2004
12. Ruiz Moral R, Alcalá Parter J, Castro Martín E, et al. Residents communicational behaviours at the first and last moments of the medical visit. En: EACH, editor. *International Conference on Communication and Health Care*; Bruges, Belgium: Elsevier; 2004
13. Borrell i Carrió F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: Ed. Semfyc; 2004
14. Verdú V. Médicos fríos. *El País* 08-02-2002