Comunicación médico-paciente

Polleiro ME[1], Aracama G[2], Prado A[3], Reyes A[2]

[1]Asistencia Médica. Mallorca (Islas Baleares)
[2]Hospital Heras. Concordia, Argentina
[3]Centro de Salud "La Bianca". Concordia, Argentina

El ser humano, también en su dimensión como paciente de los sistemas de Atención Primaria (AP), es alguien sumamente complejo. Los médicos, participando de la misma complejidad ontológica, tenemos que intentar entender qué quiere decirnos cuando se acerca a la consulta y más aún si es posible: qué es lo que le sucede.

Esta interacción entre médicos y pacientes se constituye en una relación que tiende a largo plazo para facilitar su efectividad. Durante este tiempo los médicos aprenderán a conocer la mayoría de los problemas de los pacientes y los pacientes aprenderán la mayor parte de los aspectos de la atención de salud que reciben.

Ya desde este inicio, al observar la repetición de las referencias al aprendizaje para ambos miembros del binomio participante de la relación, nos damos cuenta de una característica identificatoria de la atención primaria de la salud: su amplitud y profundidad, indispensables para que este proceso de comprensión-conocimiento-aprendizaje existan.

A la asistencia médica contribuyen tanto los médicos como los pacientes. Debemos ser conscientes de que en esta relación los profesionales médicos somos sólo una de las partes y que no existe "parte principal". Debido a que muchas de las consultas realizadas a servicios de AP tienen, por lo menos en su inicio, un componente de incertidumbre diagnóstica, es imprescindible contar con una buena y sólida calidad de comunicación médico-paciente y viceversa, para que esta incertidumbre sea tolerada lo mejor posible por ambos.

Los médicos de AP con antecedentes de juicios por mala praxis tienden a comunicarse mucho peor con sus pacientes, así como los médicos sin antecedentes de pleitos por mala práctica pasan más tiempo con sus pacientes[1]. ¿Significará esto que disfrutan ellos mismos también más de su trabajo?

El "modo de comunicación más frecuente" es el verbal, aunque no lo es en forma exclusiva, ni siquiera predominante. El tono de voz y la existencia de empatía tienen mucha influencia sobre el paciente, tanto como el contenido de lo expresado verbalmente. El contexto donde se realiza esta comunicación, la confortabilidad y lo adecuado del entorno resultan también relevantes. Debemos ser cada vez más concientes de que la elección de los términos que el profesional utiliza para comunicar su mensaje en la atención médica influye en el grado de comprensión del receptor.

Puede además quedar formando parte de su memoria y sus emociones, y motivará o no cambios de conductas. Las características, las cualidades, de la relación médico-paciente, influyen de manera notable sobre lo que los pacientes piensan de su enfermedad y hacen con relación a ella: el recuerdo de la información recibida y el seguimiento de los consejos. Vemos entonces que este tiempo de comunicación, que se da durante todo el lapso compartido en la consulta médica, es un factor clave en la atención de la salud. Así y todo, esta comunicación es compleja y delicada, tal como lo demuestra un informe en que el acuerdo entre lo que piensan sobre la naturaleza de un problema de salud los pacientes y sus médicos no excede en ocasiones del 50%[2].

El análisis filosófico[3] acerca de la naturaleza de las interacciones entre médico y paciente demuestra que la ideología es la que determina el contenido del discurso del médico y le lleva a evitar o no los aspectos sociales

que causan enfermedad e influyen sobre la evolución y respuesta al tratamiento. Los tipos de relaciones existentes entre médicos y pacientes pueden ser clasificados de diversas maneras.

Por ejemplo:

A) Según sea el grado de control que tiene cada una de las partes sobre la interacción[4]:

- "mutua", cuando ambos llevan partes similares de control sobre la interacción comunicativa.
- "consumista", si el paciente ejerce gran control y bajo el que ejerce el médico.
- "paternalista", cuando se da a la inversa.
- "ausente", cuando el grado de participación de ambos es bajo.

B) Según cuál sea el paradigma en que se sitúa la relación, tendremos[5]:

- "modelo médico hegemónico", que ocurre en un contexto organicista; la historia clínica es puramente biológica, la epidemiología es casuística, el poder lo ejerce el médico hacia el paciente, la actitud bioética es de beneficencia y la eficacia se valora desde el punto de vista biológico.
- "modelo bioantropológico": el contexto debe verse como una construcción social, la historia clínica presenta también un carácter biográfico que incluye la narración de su vida sana, ya que esto es fundamental para entender el significado simbólico en la consulta. La epidemiología incluye lo cualitativo, el poder se comparte simétricamente entre ambas partes; la bioética que se tiene es de respeto a la autonomía de ambos. Y la eficacia se valora tanto biológica como simbólicamente.

Observemos la expresión "Historia clínica": "historia" es el sustantivo y "clínica" es el adjetivo. Esto ya nos indica la jerarquía que se debe tener presente al confeccionarla. Y sin embargo, el 85% de las palabras en una historia clínica tradicional las dice el médico. De esta forma, el médico no llega a conocer el "proyecto de vida". Y justamente cuando algo impide continuar o realizar ese proyecto de vida, es cuando los síntomas pueden aparecer. El poder permanecer dentro de su proyecto de vida, hace que, aunque el individuo "esté" enfermo, no "se sienta" enfermo. Por eso nunca hay que "proscribir" (en lugar de "prescribir") el proyecto de vida de la persona.

El tiempo del interrogatorio debe sobre todo ser de activa escucha (escuchatorio). Esto es necesario para que el poder pueda "simetrizarse" sin sometimiento, para que no haya asimetría en lo humano. Sobre esto se explaya Foucault en "El nacimiento de la clínica". Los jueces, la policía y los médicos comparten la tarea de interrogar y/o internar. El grado de satisfacción del paciente en cuanto a la atención que recibe tiene relación directa con la cantidad de información general pertinente a su consulta que le brinda el médico[6], así como con la conversación constructiva, y disminuye en cambio con las frases enunciadas en negativo.

El interés demostrado por el médico sobre los puntos de vista del paciente tiene también relación directa con el grado de satisfacción[7]. Los pacientes que consultan con médicos que son más participativos en su sistema de toma de decisiones cambian menos de profesional que los atiende durante un año de seguimiento observado[8]. De todas maneras, sólo cerca de la mitad de los pacientes consultados manifestaron desempeñar un rol activo en la interacción con su médico[9]. Existe una considerable confusión en los conceptos de confianza, comunicación y grado de satisfacción estudiados[10]. Es posible que los tres factores sean importantes en la prestación de un servicio centrado en la persona y sostenido en el tiempo[11]. En realidad es la representación de la persona dentro de un modelo de atención biomédico, que destaca el rol de la tecnología y el tratamiento farmacológico para trastornos localizados la que favorece esta división del paciente como persona y devalúa los aspectos afectivos de la relación médico-paciente[12].

Para los pacientes, la enfermedad tiene un significado que va más allá de las manifestaciones físicas, ya que toda enfermedad ocasiona un trastorno en la vida cotidiana. Para considerar curación completa, es de desear que estén nuevamente normalizadas las relaciones que la enfermedad había alterado.

Si un médico no atiende los aspectos no físicos de la enfermedad e ignora el significado que éstos tienen para el paciente, el resultado final puede ser totalmente

insatisfactorio. La formación médica convencional no reconoce que las personas son incapaces por ellas mismas de modificar muchas de las circunstancias en las que se encuentran; ello origina intervenciones médicas más de tipo paliativo que curativo, ya que van destinadas a aumentar la adaptación y tolerancia de las personas a las situaciones en las que se encuentran, en lugar de modificar las situaciones adversas. Esta capacidad de señalar los factores adversos a la salud del paciente ha de ser una herramienta de trabajo indispensable para los profesionales del área salud. De otra manera los pacientes entenderán que sus médicos pueden ofrecerles pocas soluciones definitivas[13].

BIBLIOGRAFÍA

1. Levinson W, Roter D, Mulloly J, Dull V, Frankel R. Physician - patient communication: The relation-ship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. JAMA 1997; 277: 553-559.
2. Connelly J, Philbrick J, Smith Gr, Kaiser D, Wymer A. Health perceptions of primary care patients and the influence on healthcare utilization. Med Care 1989; 27:S99-S109.
3. Waitzkin H. The Politcs of Medical Encounters: How Doctors and Patientes Deal with Social Problems. New Haven: Yale University Press; 1991.
4. Steward M, Roter D (eds). Communicating with Medical Patients. Interper-sonal Communications, vol 9. Newbury Park, CA: Sage Publications,1989.
5. Meerof M. Cambio del modelo médico. Conferencia en Concordia, Argentina; 2000. Texto en www.sama.org.ar.
6. Brody DS, Miller SM, Lerman CE, Smith DG, Lazaro GG, Blum MJ. The relationship between patients´satisfaction with their physicians and the perceptions about interventions they desired and received. Med Care 1989b; 27(11):1027-1035.
7. Lerman C, Brody D, Caputo C, Smith D, Lazaro C, Wolfson H. Patients´perceived involment in care scale: Relationship to attitudes about illness and medical care. J Gen Intern Med 1990; 5: 29-33.
8. Kaplan S, Greenfield S, Gandek B, Rogers W, Ware J. Characteristics of physicians with participatory decision making styles. Ann Intern Med 1996; 124: 497-504.
9. Brody DS, Miller SM, Lerman CE, Smith DG, Caputo GC. Patient perception in involvement in medical care: Relationship to illness and outcomes. J Gen Intern Med 1989a; 4:506-511.
10. Thom D, Campbell, C. Patient-physician trust. An exploratory study. J Fam Pract 1997; 44: 169-176.
11. Leopold N, Cooper J, Clancy C. Sustained partnership in primary care. J Fam Pract 1996; 42:129-137.
12. Lupton D. The construction of patienthood in medical advertising. Int J Health Serv. 1993; 23 (4): 805-819.
13. Starfield B. En: Atención Primaria. Edic. española: Masson S.A.; 2001. p.193.