

La Comunicación con el Paciente

La esencia de la práctica clínica diaria



Tricce Ibañez / Antoni Badrinas Marzo 2021

“El médico debe conocer la técnica de la enfermedad primero y después conectar con mi interior”

- Monserrat, 95 años, paciente ingresada con fractura de tibia, Barcelona, Junio de 2019

El arte de la comunicación

“La práctica de la medicina requiere excelencia científica y el toque humano” decía Hipócrates en el siglo V a.C., el mismo mensaje que nos deja Montserrat dos mil quinientos años después.

La excelencia científica ha alcanzado cotas inimaginables desde tiempos de Hipócrates. ¿Y el toque humano? ¿O la conexión interior, según Monserrat?

Este artículo, fruto de una revisión de la literatura sobre el tema, pretende invitar a la reflexión individual para mejorar la comunicación en el día a día de la actividad asistencial.

Al igual que en un iceberg existe una parte que sobresale de la superficie del agua y otra que permanece sumergida, en el proceso de comunicación existen también dos aspectos: uno visible y otro invisible.

El aspecto visible o tangible, según describe Ruiz Moral en su trabajo de imprescindible lectura *-La interfaz comunicación clínica-ética clínica; implicaciones para la educación médica-* ⁽¹⁾ guarda relación con la transmisión de datos objetivos, tangibles y archivables.



“La comunicación tiene un aspecto tangible y un aspecto intangible que sucede en el mundo interno de las personas”

- Roger Ruiz Moral ⁽¹⁾

Constituye el volumen de datos y resultados que ocupan nuestras historias clínicas y las pruebas complementarias. A ello dedicamos la mayor parte de nuestros esfuerzos.

Sin embargo, a veces las cosas no salen bien a pesar del éxito objetivo del proceso medico-quirúrgico. ¿Porqué este paciente no está satisfecho? ¿Porqué la familia ha puesto una reclamación? ¿Porqué la percepción que ellos tienen es tan diferente y negativa?

Probablemente porque hemos descuidado el aspecto invisible o intangible de la relación, la parte sumergida, y de mayor tamaño por cierto, del iceberg.

Decía Sir William Osler que la medicina se practica con el cerebro y con el corazón. Tal vez solo el corazón (el mundo interno) sea capaz de ver, reconocer y dar respuesta a lo que ocurre en el mundo interno de las personas.

-“Doctor, los familiares de la habitación 215 se quejan de que nadie les ha informado sobre la evolución del enfermo.” nos dice la enfermera “-¡Pero si he estado media hora dándoles explicaciones!” responde el médico.

Esta situación, por desgracia frecuente, ilustra las carencias en la comunicación médico-paciente y médico-familiares en la práctica clínica diaria.

Cómo decía George Bernard Shaw, *“el problema con la comunicación es la ilusión de que ha ocurrido”*

¿Somos los médicos tan buenos comunicadores como creemos? No según una revisión del Ochsner Journal de 2010⁽²⁾, según la cual los pacientes afirman que los médicos tienden a sobreestimar sus habilidades comunicativas.*

Danielle Ofri⁽³⁾ dice que *“si quieres acertar con el diagnóstico, tienes que poner la comunicación por encima de todo.*

“- Sí, ya lo sabemos.... pero, ¿porque no lo hago? ¿De verdad no tengo tiempo? ¿O es mas bien un hábito -un hábito yatrogénico- el que me impide establecer un vínculo de comunicación real y gratificante con mi paciente que me facilite la labor y me ahorre tiempo, sinsabores y resultados poco satisfactorios?

La Comunicación médico-paciente es una función clínica esencial y un pre-requisito en la práctica de la medicina

- TCI The Coding Institute ⁽⁴⁾

“Los problemas de comunicación son responsables de más de la mitad de los casos de malpráctica”

- Danielle Ofri ⁽³⁾

La ética de la comunicación clínica

Citando de nuevo a Ruiz Moral *“desplegar una comunicación centrada en la persona supone desarrollar unas habilidades comunicacionales determinadas a la vez que supone los valores propios de la cultura occidental actual.”*

Las primeras -habilidades comunicacionales- serían relativamente fáciles de aprender, incluso con la simple práctica diaria, mientras que los segundos, los valores éticos, exigen la formación de un carácter profesional y unos hábitos que no pueden improvisarse. Cuando me dirijo a un paciente, simplemente los tengo, o no los tengo. Son parte de mi naturaleza como una segunda piel o los he descuidado. Siempre según Ruiz Moral, mientras que las decisiones basadas en juicios se consiguen mediante deliberación (que nos ofrece tiempo para pensar) las decisiones súbitas se toman según el carácter profesional y los hábitos adquiridos. Y, al igual que hay decisiones acertadas y erróneas, hay hábitos sanadores y hábitos yatrogénicos⁽¹⁾. ¿Significa esto que si mis hábitos son yatrogénicos puedo interferir negativamente en el proceso curativo solo con mi forma de comunicarme (verbal o no verbalmente) con el paciente?

Son probablemente estos hábitos los que hacen que algunos médicos sean percibidos por los pacientes como personas agradables o dignas de confianza mientras que otros no terminan de generar esta sensación favorable.

Tal vez mi forma de interactuar a diario con mis pacientes y familiares defina si mi actuación como médico es ética o no tanto o más que mis decisiones clínicas. Paul Komesaroff^(1,5) define la microética como todo lo que ocurre cada día en todas las interacciones entre todos los médicos

y todos los pacientes. Mi forma de saludar, de mirar, de escuchar, de hablar, mi lenguaje no verbal, mis silencios, definen mi microética tanto o más que mis actos médico-quirúrgicos, y son percibidos por mis pacientes como favorables, y, por tanto, generadores de confianza, o todo lo contrario.

Estos hábitos de comunicación sanadores, impregnados de micro-ética, se adquieren con la práctica diaria a lo largo de nuestra carrera profesional y sin duda deberían ser parte del programa de estudios de la medicina, enfermería y otras ciencias de la salud, así como de los programas de postgrado.

La comunicación centrada en la persona

En los últimos años se hace cada vez mas evidente la necesidad de establecer una comunicación auténtica y eficaz, no con la enfermedad, sino con la persona en la que la enfermedad se expresa.

*“Las etiquetas son una agresión a la persona.
No puedes tratar la etiqueta; tienes que tratar a la
persona que hay detrás de la etiqueta”*

- Irvin D. Yalom ⁽⁶⁾

La “*cole por laparo de la habitación 176*”, es en realidad una persona con nombre y apellidos, que está escuchando esta definición que hacemos de ella en voz alta desde una posición de total indefensión al salir del quirófano.

Al margen de que el derecho a la intimidad es alinenable, aprender a tratar con la persona y no con la enfermedad es un proceso que requiere un esfuerzo consciente y diario por parte del profesional de la medicina y también de las instituciones sanitarias. ¿Merece la pena? La elección es siempre nuestra. Solo si lo intentamos lo sabremos.

Consciencia, empatía, escucha activa, compasión, auto-percepción y confianza son algunos de los elementos que componen el arte de la comunicación centrada en la persona.

“La mayor enfermedad de la humanidad es la inconsciencia”

- Prem Rawat ⁽⁷⁾

En mi quehacer asistencial diario ¿actúo de forma consciente?, ¿o dejo que la rutina maneje mis actos y la comunicación con el paciente? Si la consciencia es esencial al sentarme al volante de mi coche al iniciar un viaje, lo es tanto o más en cada una de las interacciones diarias con mis pacientes, sus familias y mis colegas.

En pocas palabras: no puedo permitirme ser inconsciente.

La *empatía* es la conexión humana, esa cualidad que nos permite ver las cosas desde el punto de vista de los demás y sentir lo que pueden estar sintiendo.

Sin duda algo muy diferente a lo que podría expresarse como simple preocupación desapegada ⁽⁹⁾.

La empatía es el “gold-standard” en la experiencia del paciente y ejerce una influencia más positiva que cualquier otro factor”

- HCAHPS. Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and System ⁽⁸⁾

A todos nos gusta que nos escuchen. A mis pacientes también. ¿Les escucho para comprender o solo para esperar mi turno para interrumpir y responder? ¿Dejo hablar a mis pacientes? ¿Me interesa lo que han de decirme? ¿O solo una parte de ello?

¿Sé escuchar?

“La mitad de nosotros somos ciegos, muy pocos somos capaces de sentir, y todos somos sordos”

- Sir William Osler

En estudios realizados en los Estados Unidos por Langewitz et al. 2002⁽¹⁰⁾ los pacientes tienen una media de 22 segundos para hablar antes de que el médico les interrumpa y tome las riendas de la conversación. Esta costumbre es un serio obstáculo a la comunicación. Jodi Halpern⁽⁹⁾ insiste en que vamos muy deprisa y recomienda ir más despacio.

“¡Más espacio!”

- Jodi Halpern, Profesora of Bioethics and medical Humanities,
Universidad de Berkeley, California, USA⁽⁹⁾

Numerosos autores concluyen que dejar que el paciente se exprese libremente con mínimas interrupciones y haciendo preguntas abiertas no solo favorece la conexión médico-paciente y el éxito final, sino que acorta el tiempo total de consultas o los días de hospitalización⁽¹⁾ porque la comunicación es mucho más eficiente. Es evidente que cuando antes obtenga la confianza de mi paciente, más pronto me facilitará información sensible que quizás no esté dispuesto a desvelar desde el primer momento. Un vez más, como dice Danielle Ofri⁽³⁾, si quieres acertar con el diagnóstico, pon la comunicación en primer lugar.

También en pediatría los autores abogan por dejar que el niño se exprese libremente y a su manera. Tates et al. 2002 dicen que hasta en el 50% de los casos estudiados los padres interrumpen cuando el médico hace una pregunta directa a su hijo ⁽¹¹⁾.

“Es la relación la que cura, la relación la que cura, la relación la que cura -mi rosario profesional.”

- Irvin D. Yalom ⁽¹²⁾

La compasión no está de moda. Parece sinónimo de cursilería o debilidad. Sin embargo, la compasión es un sentimiento inherente a la condición humana que hace referencia al deseo y al compromiso de ayudar a otro ⁽¹⁾

“Las personas que demuestran compasión son genios en el arte de vivir, más necesarias para la dignidad, la seguridad y la alegría de la humanidad que los descubridores del conocimiento”

- Albert Einstein

El proceso de la comunicación exige también autopercepción. ¿Me está afectando la relación con este paciente? ¿Me genera rechazo o antipatía? Conocer y aceptar mis propias barreras es un acto consciente esencial. Los dos extremos, la indiferencia y la sensiblería, pueden bloquear la acción sanadora ⁽¹⁾.

Por último, el objetivo final de todo el proceso: conseguir la confianza del paciente -y de su familia-. La confianza no es gratuita, se concede a quien es merecedor de ella y se la gana. Un vez establecida, es la llave que abre la puerta al éxito del proceso curativo.

En cuanto a los distintos modelos de relación con el paciente, sin duda debe imperar un modelo participativo en el que el paciente interviene en el proceso de toma de decisiones de forma informada, consciente y activa, frente a un modelo paternalista cada vez más arcaico (aunque puede tener también su lugar en determinadas circunstancias).

La perspectiva del paciente

“Mira a través de la ventana del otro. Intenta ver el mundo como lo ve tu paciente.”

- Irvin D. Yalom ⁽¹³⁾

La actitud consciente, la empatía, la escucha activa y los demás elementos de la comunicación centrada en el paciente nos colocan en una posición privilegiada en la que puedo ver el mundo desde la ventana del otro, tal y como el paciente lo ve. Permitirme a mí mismo conocer esta perspectiva subjetiva del paciente -a menudo rechazada por parecer inútil- es sin embargo esencial en el proceso de una comunicación efectiva.

La comunicación en escenarios de estrés

Durante la pandemia por Covid-19 hemos aprendido la importancia de la comunicación durante los ingresos hospitalarios, tanto entre personal médico y pacientes como entre estos y sus familiares, de la misma manera que es esencial prestar atención a ello en la etapa final de la vida^(14,15).

En el frecuentemente caótico ámbito de las urgencias la comunicación también es esencial para establecer una adecuada relación médico-paciente. Un modelo de relación centrado en la persona facilita esta relación y la toma de decisiones ante dilemas éticos que precisan resolución en tiempo record. Tal como se concluye en el Proyecto HURGE ⁽¹⁶⁾.

Y la comunicación efectiva con los pacientes de la UCI mejora el proceso de decisiones clínicas y favorece la satisfacción y el bienestar psicológico del paciente y su familia ⁽¹⁷⁾.

También en el ámbito quirúrgico la relación paciente-cirujano tuvo un impacto positivo estadísticamente significativo en la satisfacción del paciente antes de la cirugía, a la vez que la empatía del cirujano tuvo un efecto significativamente positivo sobre la satisfacción del paciente⁽¹⁸⁾.

La comunicación entre profesionales

La pandemia del Covid-19 ha hecho aflorar en muchos profesionales sanitarios los mejores valores humanos y de la profesión. En momentos difíciles o incluso límites es cuando surge la ocasión de demostrar la unión, el respeto y la honestidad de unos con otros. Valores a veces descuidados por la presión asistencial o las carencias de los sistemas sanitarios. Si en la relación con el paciente aspiramos a la excelencia, las relaciones entre profesionales merecen el mismo trato. Tal vez olvidamos a veces que estamos en el mismo bando, y que si yo gano, todos ganamos, con un objetivo común, la satisfacción de nuestro paciente y el éxito del proceso curativo.

Recomendaciones

Algunas instituciones y hospitales en diversas partes del mundo están entendiendo esta nueva exigencia y centran su estrategia y objetivos en favorecer la comunicación y promover las condiciones que la permitan.

Sin duda este ha de ser un esfuerzo compartido entre profesionales e instituciones. Los primeros porque aspiran a la recompensa profesional de un trabajo bien hecho; las segundas porque entienden que son responsables de planificar y garantizar las condiciones adecuadas para que esta comunicación y sus resultados puedan ocurrir, en beneficio mutuo.

Y aunque pueda parecer paradójico, abordar la relación médico-paciente sin prisas, con empatía, de forma más consciente y practicando una escucha activa acorta el tiempo total del proceso curativo global y resulta mucho más disfrutable y relajado para el profesional que hacerlo de otra forma.

La conclusión de todos los trabajos consultados sobre el tema es clara: la comunicación centrada en la persona mejora los resultados clínicos, incrementa la satisfacción del paciente y de los profesionales, disminuye el número de demandas, previene el “burnout” y facilita el cumplimiento de los estándares de excelencia.

Decálogo

Este Comité de Ética Asistencial (CEA) propone el siguiente Decálogo de Comunicación con el paciente.

Decálogo de Comunicación CEA

- Respetar la privacidad del paciente
- Preséntate y dirígete al paciente por su nombre
- Sé consciente y escucha de forma activa
- Muestra empatía y compasión
- Ten en cuenta la perspectiva del paciente
- Presta atención a tus propios sentimientos y actitudes
- Informa de modo comprensible y veraz
- Toma decisiones compartidas y deliberadas
- Presta atención al entorno familiar
- Respetar a tus compañeros de profesión

Agradecimientos

Los autores quieren agradecer especialmente al Dr Roger Ruiz Moral por su apoyo y por la riqueza y profundidad de los temas tratados en sus múltiples comunicaciones sobre la relación médico-paciente, algunas de los cuales han servido de eje a nuestro trabajo.

Bibliografía

1- *La interfaz comunicación clínica-ética clínica: implicaciones para la educación médica.* Roger Ruiz Moral, Santiago Álvarez Montero Facultad de Medicina, Universidad Francisco de Vitoria, Pozuelo de Alarcón, Madrid, España.

2- *Ochsner Journal, Doctor-Patient Communication: A Review*
Jennifer Fong Ha and Nancy Longnecker
Ochsner Journal March 2010, 10 (1) 38-43

3- *What Patients Say, What Doctors Hear Hardcover-* by Danielle Ofri MD.— February 7, 2017

4- *TCI The Coding Institute. ICD-10. The Patient Experience—It's Your Bottom Line, Part II .Posted on 13 Apr, 2018*

5- *Microethics: The Ethics of Everyday Clinical Practice, January 2015.*

Hastings Center Report 45(1) DOI: 10.1002/hast.413. Project: The Program to Enhance Relational and Communication Skills (PERCS): A simulation-based, experiential approach for learning about challenging conversations in healthcare

Authors: Robert D. Truog, Stephen D Brown, Boston Children's Hospital, David M Browning, Harvard University, Edward M. Hundert
https://www.researchgate.net/publication/271141542_Microethics_The_Ethics_of_Everyday_Clinical_Practice

6- *Irvin D. Yalom, Lying on the Couch.*

7- *Escúchate.* Prem Rawat. Editorial Aguilar.

8- *Compassion Practices and HCAHPS: Does Rewarding and Supporting Workplace Compassion Influence Patient Perceptions?*
May 2014Health Services Research 49(5)
DOI: [10.1111/1475-6773.12186](https://doi.org/10.1111/1475-6773.12186)
Authors: Laura E McClelland, Virginia Commonwealth University, Timothy J Vogus, Vanderbilt University.

9- Halpern, Jodi, MD, PhD. *What is Clinical Empathy?* *J Gen Intern Med.* 2003 Aug; 18(8): 670–674. doi: 10.1046/j.1525-1497.2003.21017.x. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1494899/>

10- *BMJ.* 2002 Sep 28; 325(7366): 682–683.
doi: [10.1136/bmj.325.7366.682](https://doi.org/10.1136/bmj.325.7366.682) PMID: [12351359](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12351359/)

Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study Wolf Langewitz, executive director,a Martin Denz, chief executive consultant,b Anne Keller, consultant psychiatrist,c Alexander Kiss, medical director,a Sigmund Rüttimann, head,d and Brigitta Wössmer, head psychologist

11- *Doctor–parent–child relationships: a 'pas de trois'*
Kiek Tates, Ed Elbers, Ludwien Meeuwesen, Jozien Bensing
2002/9/1 Patient education and counseling.

12- Irvin D. Yalom,⁽¹²⁾ Love's Executioner.

13- Irvin D. Yalom, ⁽¹⁰⁾ The Gift of Therapy: An Open Letter to a New Generation of Therapists and Their Patients .

14- *Recomendaciones a los profesionales sanitarios para la atención a los enfermos al final de la vida. Comité de Bioética de Catalaunya. 2010. Generalitat de Catalunya.*

15- *Acompañamiento al final de la vida en los pacientes con Covid-19. CEA Hospitales Dexeus, Quirón, Teknon y El Pilar, Barcelona.*

16- *Proyecto HURGE. I Congreso Internacional de Humanización en Urgencias, Emergencias y Catástrofes, Murcia, abril de 2018.*

17- *Improving Communication in the ICU- 2014 Elsevier. Ruth M. Klepnell, PhD, N, FAAN, FCCM, Rush University Medical Center, USA*

18- *The effect of surgeon empathy and emotional intelligence on patient satisfaction. Hou-Ching Weng et al. Department of Health Management, I-Shou University, Kaohsiung, Kaohsiung County, Taiwan.*