

LA COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Prof. Ludovico Fuentes Meleán

Centro de Investigaciones Psicológicas

Universidad de Los Andes

2014

Los seres humanos somos seres fundamentalmente sociales. La individualidad es la expresión particular de condiciones sociales y biológicas que son compartidas por todos. Se podría afirmar que somos biológicamente una potencialidad y que el contexto en el que nos desarrollamos, junto con nuestra actividad, van perfilando una forma particular de ser que implica limitaciones y posibilidades. El organismo humano, siempre en proceso de desarrollo, se vincula permanentemente tanto con un ambiente natural determinado como con un orden social y cultural que está mediatizado por “Otros significativos”, es decir, por todos quienes formamos parte de la sociedad. En un sentido amplio, debido a la diversidad sociocultural que tenemos, se entiende que el ser humano se produce a sí mismo en relación con los demás. Esto sólo es posible mediante el proceso de **COMUNICACIÓN** (Maturana y Varela, 1983; Blumer, 1982 y Mead, 1953).

Es notoria la importancia que tiene la comunicación para las relaciones humanas. Es un proceso que no podemos suspender voluntariamente. Siempre estamos comunicando mensajes de todo tipo. El ejercicio del rol de médico es especialmente exigente en cuanto a la necesidad de establecer relaciones adecuadas con todas las personas que requieran asistencia. El manejo de los aspectos comunicativos que están asociados al éxito de la consulta y al establecimiento de una relación exitosa con el paciente es indispensable para la realización de una práctica médica integral y humana que rinda los resultados deseados. A continuación, se revisan algunos de estos aspectos que, según las necesidades del médico, tienen aplicaciones en distintas situaciones, haciendo especial énfasis en el proceso de consulta.

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA COMUNICACIÓN

La comunicación es un proceso complejo que implica simultáneamente varios factores: 1) *El lenguaje como acción*, 2) *La inferencia de los propósitos comunicativos*, 3) *Niveles de organización del conocimiento* y 4) *Factores asociados al contexto de la comunicación*. En principio, si se toman en cuenta estos factores, se podrían utilizar para construir una relación médico-paciente que implique, no que el proceso de comunicación sea “perfecto”, sino satisfactorio para todos quienes participan en él. Revisemos cada uno de estos aspectos por separado.

El lenguaje como acción

Realizamos acciones con las palabras (Austin, 1962). Mediante los usos del lenguaje, no sólo decimos cómo son las cosas en el mundo, también podemos realizar diversidad de acciones: agradecer, pedir, sugerir, insultar, describir, perdonar, ordenar, etc., todas ellas implican un sinfín de posibilidades para construir relaciones con otras personas. Cada uno de estos actos de habla son formas en las que se puede intervenir comunicativamente en la relación con los demás. De forma general, Searle (1979) ha clasificado los distintos tipos de acciones que podemos realizar mediante actos de habla cuando nos comunicamos:

- 1) **Actos representativos:** Aseveran cómo son las cosas en el mundo: *“Hay una malformación genética en su cadera”*
- 2) **Actos directivos:** El enunciador dice que espera que el otro haga (sugerencias, mandatos, etc.): *“Pásame el bisturí”*
- 3) **Actos compromisivos:** El enunciador expresa su voluntad de hacer algo en el futuro según ciertas condiciones (promesas, amenazas, advertencias, etc.): *“Prometo que le acompañaré durante su tratamiento”*
- 4) **Actos expresivos:** Manifiestan la posición emocional del hablante ante algún evento (Agradecimientos, disculpas, saludos, etc.): *“Le agradezco mucho que haya venido a acompañar a su madre en la operación”*
- 5) **Actos declarativos:** Introducen un cambio en la realidad (casar, bautizar, condenar, etc.): *“A partir de ahora Ud. está curada”*

La complejidad de la comunicación implica que en un mismo enunciado se podría tener la realización de varios actos de habla. También es importante tener en cuenta que esta clasificación es sólo una guía para entender nuestras posibilidades de comunicación. Véase otro ejemplo: Cuando asumimos el rol de emisores en la consulta médica y comunicamos un diagnóstico médico al paciente, lo hacemos mediante un acto representativo, le decimos cómo son las cosas en el mundo: *“Bueno Sra. Montilla, luego de revisar los resultados de sus exámenes, debo decir que Ud. sufre de osteoporosis”*. Posteriormente, si queremos que la persona siga algún tratamiento, lo haremos mediante actos directivos: *“Le sugiero o recomiendo que de ahora en adelante siga este tratamiento que le estoy escribiendo”*.

Si parece intuitivo y lógico este razonamiento es porque forma parte de nuestra vida cotidiana y hacemos uso de los actos de habla cada vez que nos comunicamos. Mediante esta clasificación se pueden establecer estrategias para revelar el propósito / acción al paciente; si éste no lo ha reconocido podemos hacerlo más explícito. Considerar que cada acto de habla es un propósito comunicativo al que apuntamos, un objetivo que se quiere lograr, nos sirve como guía para verificar constantemente qué ha entendido el paciente y qué ha entendido el médico, buscando reformulaciones si es necesario. Ahora veremos por qué es tan importante su utilización adecuada considerando que los médicos son los responsables del proceso comunicativo con el paciente.

La inferencia de los propósitos comunicativos

Otra propiedad de la comunicación es que se basa en el logro de propósitos con los demás. Siempre que alguien se comunica, intenta lograr algún objetivo comunicativo, no solamente “transmitir una información”. Así, se pueden considerar los distintos tipos de actos de habla como una clasificación de los tipos de propósitos que podemos plantearnos en una comunicación. El éxito en la comunicación está en el reconocimiento mutuo de los propósitos entre los interlocutores. El problema se nos presenta cuando estos propósitos no son explícitos sino que pueden estar implícitos en los enunciados y dependen del contexto de la comunicación. Siempre debemos preguntarnos: **¿Qué intenta lograr la persona que nos habla?** Veamos un ejemplo: *La Sra. Montilla acude a consulta y al entrar al consultorio saluda a su médico y dice: “Hace mucho calor aquí Doctor(a)”* En principio el enunciado podría ser interpretado como un acto representativo. La Sra. Montilla está

diciendo cómo son las cosas en el mundo. Sin embargo, debido a condiciones del contexto (imposibilidad de utilizar un lenguaje directo con el médico por ser una persona percibida con mayor conocimiento, poder, jerarquía etc.) y de la interacción (gestualidad, falta de confianza, estereotipos sobre cómo son los médicos, etc.), etc., podríamos considerar la posibilidad de que el enunciado tenga la fuerza de un *acto directivo*, es decir, encierra el propósito de que el médico abra la ventana.

Este ejemplo es una forma sencilla de mostrar que debemos implicarnos en la situación comunicativa de forma tal de hacer lo posible por reconocer los propósitos de comunicación que el paciente tiene y de buscar los recursos para que reconozca los propósitos del médico. De ser así una respuesta adecuada a la situación sería: “*¿Le gustaría que abra la ventana?*”. A este proceso permanente le llamamos **inferencia comunicativa**, puesto que se basa en un procesamiento cognitivo inductivo de la información interaccional. Corresponde con hacernos la pregunta: ¿Qué quiere lograr el paciente/médico cuando dice eso? ¿Qué propósito tiene lo que está diciendo? De manera que uno de los factores importantes para la comunicación es la disposición hacia una actitud que nos oriente hacia el reconocimiento de propósitos, tanto en pequeños enunciados como en eventos comunicativos mayores, por ejemplo, la consulta médica. Así, cuando nuestra participación en el diálogo nos revele que no han sido entendidos nuestros propósitos podemos hacerlos explícitos o incitar al consultante a que lo haga. El ejemplo anterior ilustra tal estrategia: “*¿Le gustaría que abra la ventana?*”

Niveles de organización del conocimiento

Toda persona es única. Comparte y participa en condiciones socioculturales comunes con otros. Para entender esto se asume que lo que cada persona concibe como la realidad no se trata de un reflejo de lo que “realmente pasa”, sino se trata de una construcción (Gergen, Hoffman y Anderson, 1995). Esta construcción no es totalmente individual, está basada en nuestras relaciones con otros, en lo que ellos pueden aportarnos. Cada conversación que tenemos con los demás es una oportunidad para hablar de lo que “tenemos en común”.

Este proceso se cristaliza en cada uno de nosotros como conocimiento y se organiza cognitivamente de distintas maneras. Diversos autores plantean distintas formas de entender cómo “almacenamos” este conocimiento *esquemas* (Bartlett 1932), *marcos* (Goffman 1975), *andamio ideacional* (Adams, 1979), *patrones de conocimiento global* (De Beaugrande 1980), *macroestructuras* (Van Dijk y Kintsch 1983), *sistemas de premisas* (Nardone y Watzlawick, 1992), entre otros. Este tipo de conocimiento también será un elemento de especial relevancia para el proceso de comunicación e inferencia, es decir, para dilucidar cómo el paciente / médico entienden lo que se comunica. De especial importancia tiene el conocimiento / creencias sobre el médico / paciente y sobre lo que le pasa física y psicológicamente: ¿Qué hipótesis tiene el paciente sobre lo que le pasa? ¿Qué creencias tiene sobre las soluciones? ¿Piensa que tiene un problema? ¿Qué cree el médico sobre lo que le pasa al paciente? ¿Cómo ve el problema?

De estos planteamientos, se desprende que la comunicación es un proceso **cooperativo** en donde negociamos propósitos, significados y conocimiento. Es esencial darse cuenta de que médicos y pacientes tienen conocimientos que generan expectativas de interacción y que cualquier mensaje será entendido sobre la base de ese conocimiento. Tómese el siguiente ejemplo: si una persona va por primera vez a los 60 años a una consulta médica, seguramente tendrá expectativas sobre cómo será ese evento debido al conocimiento social compartido en los grupos en los que participa (familia, comunidad, cultura, etc.). Por esta razón, se deben buscar estrategias para que la comunicación sea un proceso en el que se revelen progresivamente los tipos de conocimiento que están en juego y que son relevantes para el éxito de la consulta médica, incluyendo el conocimiento sobre la consulta en sí misma y sobre el rol del médico / paciente.

Tomando como base la importancia que tienen los conocimientos / creencias en el éxito de la consulta, siempre hay que preguntarse: ¿Cuáles creencias tiene el médico / paciente sobre el rol del médico? ¿Cuáles creencias / conocimientos tienen sobre la consulta? ¿Cuáles otras creencias del paciente / médico se deben considerar como inhibitoras / facilitadoras de la relación que se establece? Por ejemplo, cabría preguntarse cómo la creencia “*Ir al médico es un fracaso para mí*” influiría en la consulta médica. Adicionalmente, hay que tomar en cuenta el “mutismo selectivo” de algunos pacientes como forma de evitar que sus

conocimientos / creencias sean enjuiciadas negativamente por parte del médico. Por esta razón, todo el esfuerzo comunicativo debe dirigirse a incentivar la expresión de la “forma de pensar” del paciente, puesto que es bien sabido que influye directamente en la interpretación de la información que se le brinda y, por ende, en el éxito que tenga el tratamiento que le sea propuesto. Finalmente, tómesese en cuenta la siguiente interrogante, ¿Cómo nos sirve el conocimiento de los actos de habla y de los propósitos comunicativos para tal fin? ¿Cómo tendemos un puente con el paciente para abrir un contexto de trabajo de sus conocimientos y creencias?

Factores asociados al contexto de la comunicación

Para comprender mejor lo que ocurre en el ámbito de la consulta médica no sólo se debe tener en cuenta las contribuciones específicas que se hacen con el paciente mediante actos de habla aislados. También debemos entender que la consulta es un *evento comunicativo global* en donde están incluidas simultáneamente características culturales y lingüísticas. De hecho, comprender estos factores permite tener mayor influencia en el curso de la comunicación, lo cual se traduce en la optimización de la consulta desde el punto de vista relacional. Estas aptitudes, habilidades y estrategias se resumen en un concepto integrador llamado *competencia comunicativa* del médico. Una vez revisada la consulta médica como un evento comunicativo global, entonces nos ocuparemos de cómo esos elementos contribuyen a mejorar la competencia comunicativa en el contexto de la consulta médica.

Hymes (1964) propone un modelo que permite entender la cultura como un texto, es decir, ver cada evento de comunicación en su globalidad. Para ello, propone un evento llamado SPEAKING, el cual contiene ocho elementos fundamentales que están presentes en todo evento comunicativo. Se entienden como variables que adquieren valores específicos según la situación. Recordemos siempre que todo acto comunicativo ocurre en relación con un contexto de situación. Comprender el contexto es indispensable para el logro de los propósitos que tengamos con nuestro interlocutor. Veamos el modelo y pensemos en la consulta médica como un evento amplio que tiene muchas posibilidades de realizarse.

S = Situación: ¿Dónde y cuándo ocurre la consulta? Incluye tanto la situación psicológica (estado y características emocionales del médico y del consultante) como la situación física (descripción del espacio donde ocurre la consulta).

P = Participantes: ¿Quién(es)? ¿A quién(es)? ¿Cuántas personas participan? ¿Cuáles son sus características?

E = Propósitos: ¿Para qué se hace la consulta? ¿Cuáles son los propósitos de los participantes? Estos propósitos pueden converger o divergir. Es un aspecto crucial para el éxito de la comunicación. Más adelante, se describirá cómo podemos integrar este aspecto dentro de la práctica médica mediante un contrato terapéutico.

A = Actos: ¿Qué? ¿De qué se habla? ¿Cuál es el contenido de la comunicación? ¿Cuáles son los temas? En este sentido, cabe preguntarse cómo se gestionan los turnos de habla, ¿Quién propone los temas? ¿Quién conduce? ¿Quién concluye? Es también un aspecto sustancial del éxito comunicativo debido a dos razones: 1) Es psicológicamente deseable que el consultante agote los temas de los que quiere hablar y 2) Es importante incentivar, mediante una actitud de apertura y suspensión del juicio, la expresión de aquellos temas difíciles de manejar para el consultante pero que son indispensables para su recuperación.

K = ¿Cómo se hace la comunicación? En términos generales, la relación entre los participantes crea un “clima interactivo” o un tono que es importante para la comunicación. Un tono de confianza, formalidad, informalidad, etc., son parte de este aspecto. En sentido, es importante inducir un tono apropiado para establecer la relación con el consultante. Específicamente, un modelo trifásico de la consulta, que incluya una fase de apertura, desarrollo y cierre, centrado en quien consulta es necesario tomarlo en cuenta como referencia para el logro de los objetivos.

I = Instrumentos: Está relacionado con el **canal** de la comunicación y sus modos de registro. Un ejemplo de ello es si la comunicación es oral y escrita. En este punto hay que estar bien atentos a las diferencias individuales en cuanto a las preferencias del canal informativo. Las investigaciones neurolingüísticas nos indican que hay canales de preferencia entre las personas referidos a los órganos sensoriales: visual, auditivo, táctil, olfativo, gustativo, cenestésico (Barreat, 2006).

N = Normas ¿Cuáles creencias se tienen sobre la consulta? ¿Cómo se puede participar en ella? ¿Cuáles creencias se tienen sobre las vivencias? Las primeras preguntas son creencias sobre cómo es una consulta: cuándo hablar, quién controla los turnos de habla, de qué se habla, etc. En este sentido, es importante detectar si alguna de estas creencias está dificultando la interacción con el consultante. Por ejemplo, si un paciente tiene la creencia del tipo: “*En la consulta sólo hablan los médicos*”, entonces será poco lo que aportará en su consulta y creerá que lo que tiene para decir no es importante. También hay otros tipos de creencias compartidas sobre el motivo específico de la consulta. Por lo tanto, hay que valorar qué tanto podrían influir en el éxito del proceso del logro de la salud.

G = Géneros: ¿Qué tipos de discurso? Es una variable lingüística que abarca formas estables de comunicarse. Ejemplo, si el evento es una entrevista, una conversación, una clase, una consulta médica, etc. El conocimiento de cómo son estos eventos los adquirimos culturalmente. Esto nos permite reconocer cómo participar en alguna interacción y adaptarnos a ella.

El manejo de estos factores de la situación de comunicación global junto con el conocimiento que tenemos acerca del lenguaje como acción y sus posibilidades para establecer relaciones, nos permite incorporar un conjunto de principios básicos que forman parte de los “modos de abordaje” en nuestro ejercicio clínico. Por supuesto, no se puede saber a priori todas las implicaciones psicológicas de alguna intervención. La competencia comunicativa del médico dependerá de la forma mediante la cual integre los principios comunicativos en una práctica coherente que tome en cuenta las variables descritas y que esté orientada hacia la negociación del significado con el paciente.

PRINCIPIOS Y NIVELES DE LA COMUNICACIÓN.

La comunicación se basa en otra característica esencial: **el habla es variable**. Para ser estratégicos y efectivos en la consulta médica, entonces, se debe adaptar el repertorio comunicativo a las situaciones y, por supuesto, a los interlocutores, es decir, a las variables del modelo SPEAKING. Es bien sabido que “no se puede decir todo en todas partes” y que las personas tenemos distintas formas de “hablar”. Así, desde el punto de vista psicosocial,

hay una gran variabilidad del habla según el grado de pertenencia a grupos, estratos sociales y lugares. También existe una gran variabilidad individual, lo que se denomina el **estilo comunicativo personal**. Tomando esto en cuenta, es de suma importancia resaltar que la calidad de la consulta depende de la adaptación que haga el médico al estilo comunicativo de los pacientes, es decir, depende de que “hable su lenguaje” y, al mismo tiempo, que lo adapte a la situación comunicativa (Nardone y Watzlawick, 1992).

A diferencia de otras estrategias globales, el “hablar el lenguaje del consultante” si bien puede considerarse una técnica específica destinada a construir una relación empática con el paciente, se constituye en un modelo de lenguaje y acción utilizándose en una amplia gama de herramientas comunicativas en la consulta, que van desde las intervenciones verbales del médico hasta las prescripciones de comportamiento. En este sentido, puede considerarse una *metatécnica*, puesto que involucra a todas las intervenciones, facilitando el cambio perceptivo en las construcciones de la realidad.

Grosso modo, existen dos tipos de comunicación principal mediante las cuales nos comunicamos: modo **analógico** (no-verbal) y modo **digital** (verbal). En el contexto de la relación médico-paciente en la consulta, el profesional con el objetivo de influenciar al paciente y concretar los objetivos propuestos, tendrá siempre en cuenta estos niveles de manera de tener los distintos tipos de mensajes que provienen de ellos y, hasta cierto punto, utilizar el estilo del paciente como recurso para comunicarle lo que quiere decirsele. Siempre debemos tener en cuenta que mientras el lenguaje verbal está construyendo mensajes de todo tipo, en el lenguaje analógico se transmite siempre información relacional que revela la actitud de alguno de los participantes hacia el interlocutor: *Así es como yo te veo*. Evaluar su congruencia es un aspecto crucial para develar qué calidad de relación se está construyendo. Veamos en qué consiste cada nivel:

- En el plano **analógico (no-verbal)**: gestos, posturas, expresiones faciales, movimientos particulares, estilo, melodía, entonación, ritmo y velocidad del habla, miradas, etc.

- En el plano **digital (verbal)**: su estilo de conversación, construcción sintáctica, marcadores discursivos, terminología y expresiones más usadas, contenidos, temas predilectos, etc.

La adaptación del estilo comunicativo es un recurso de suma importancia en la consulta médica. Por lo tanto, observar con atención y actuar de forma adecuada el estilo individual / grupal de los pacientes, no implica sólo copiar *formas*, sino introducirse en su conjunto de premisas sobre la realidad, conociendo cuáles son sus marcos de significados y representaciones de la realidad, sus particulares construcciones y el sentido de ciertas palabras y actitudes. Esta forma de proceder contribuye a construir el vínculo médico-paciente por escaso que sea el tiempo de interacción, provocando modificaciones en las atribuciones de significado sobre las cosas y situaciones que son necesarios para el éxito de la consulta. De esta forma, el **contenido** médico de la comunicación (diagnósticos, prescripciones, explicaciones, etc.), es decir, los temas importantes, pueden ser conversados mediante una **relación** que permita apertura y disposición de parte del médico y su paciente.

REFERENCIAS

- Adams, M. (1979). A schema-theoretic view of Reading. En Freedle y Collins (eds.). *New directions in Discourse Processing*. Norwood, NJ: Ablex.
- Austin, J. (1962). *Cómo hacer cosas con palabras*. Barcelona, España: Paidós.
- Barreat, Y. (2006). La programación neurolingüística y su relación con el paciente. En Esqueda, Escalante, D'Anello, Barreat y D'Orazio (2006). *Aportes a la psicología social de la salud*. Mérida, Venezuela: CODEPRE.
- Blumer, H. (1982). *El interaccionismo simbólico: perspectiva y método*. Barcelona, España: Hora.
- De Beaugrande, R. (1980). *Text, discourse and process: towards a multi-disciplinary science of texts*. Londres: Longman.

- Gergen, K., Hoffman, L. y Anderson, H. (1995). Is diagnosis a disaster: a constructionist triologue, en F. Kaslow, *Handbook of relational diagnosis* (p. 102-118). Nueva York: John Wiley & Sons.
- Goffman, E. (1975). *Frame analysis: An essay on the organization of experience*. Harmondsworth: Penguin.
- Hymes, D. (1964). Introduction: Toward Ethnographies of Communication. *American Anthropologist*. 66 (6): 1-34.
- Maturana, H. y Varela, F. (1983). *El árbol del conocimiento*. Santiago de Chile, Chile: Editorial Universitaria.
- Mead, G. (1953). *Espíritu, persona y sociedad*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio: manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance*. Barcelona, España: Herder.
- Searle, J. (1979). *Expressions and meaning*. Studies in the theory of speech acts. Cambridge: Cambridge University Press.
- Van Dijk, T. y Kintsch, W. (1983). *Strategies of discourse comprehension*. Nueva York: Academic Press.