

# LA COMUNICACIÓN EN LA PRÁCTICA MÉDICA

Prof. Ludovico Fuentes Meleán

Centro de Investigaciones Psicológicas

Universidad de Los Andes

2014

## PRINCIPIOS COMUNICATIVOS EN LA PRÁCTICA MÉDICA

Es importante disponerse a pensar cómo se integra el conocimiento sobre algunos principios comunicativos importantes en la práctica médica. Son infinitas las situaciones humanas que pueden ser experimentadas por los médicos. Además, se parte del carácter ideográfico del paciente, es decir, de su consideración como persona única culturalmente condicionada. Esto dirige el esfuerzo hacia el logro de una disposición particular para la relación con el paciente, que se interesa por aquello que tiene que decir y que, desde nuestro punto de vista, está sustentada en otros principios generales que iremos revisando brevemente: 1) **La escucha como acto global y el diálogo médico-paciente**, 2) **Modelo trifásico de la consulta**. Estos aspectos son una guía para analizar si el rol de médico-experto está aportando a facilitar o inhibir la relación con el paciente. Más aún, cuando se sabe que solamente la transmisión de información médica (uso exclusivo de actos de habla representativos que describen qué le pasa al paciente), aunque siempre necesaria, no es suficiente para el logro de los objetivos médicos.

### **Escuchar como acto global y el diálogo médico-paciente**

Escuchar es un acto global que implica sumergirse en el paciente. Su función es más importante cuando se entiende que los aspectos psicológicos relacionados con la enfermedad no sólo son importantes para su manejo y para la adhesión al tratamiento, sino que también son constitutivos de la misma en tanto que existe una relación directa entre las vivencias de las personas y todos los sistemas somáticos. Si se examina detenidamente el proceso comunicativo, es evidente que éste depende principalmente del acto de

**ESCUCHAR** (Echevarría, 1996). Hablamos para ser escuchados. Mediante un principio de complementariedad se entiende que el hablar efectivo sólo se logra mediante un escuchar efectivo. La escucha es el verdadero rector del proceso comunicativo, es el que dirige y le da sentido a la comunicación. Además, se puede afirmar que es el elemento más descuidado del proceso.

La importancia del proceso de escuchar radica en que, como se mencionó al inicio, los seres humanos no actuamos como máquinas que transmiten información. Por el contrario, somos seres del sentido, del significado. Cuando nos ocupamos de la comunicación humana, el asunto sobre cómo se entiende lo que decimos se torna primordial. Maturana y Varela (1983) nos advierten que los seres humanos no nos comunicamos “reproduciendo” la información que se nos está transmitiendo, sino mediante un proceso interpretativo complejo. Podemos señalar que existe una separación bastante crítica en la comunicación entre el “decir” y el “escuchar”, depende en gran medida de lo que pasa con el que recibe nuestro mensaje y cómo recibimos los mensajes de otros.

**Escuchar** es un proceso que se asienta en lo biológico pero no se agota ahí. Escuchar pertenece al dominio de lo social, por lo tanto, implica *comprensión e interpretación*. Si nos centramos en comprender lo que la otra persona tiene para decirnos, en esa medida podemos “llegar más cerca” de lo que quiere decirnos, podremos saber cuál es su propósito comunicativo, cuáles son sus creencias, cuáles son sus sentimientos, cuáles son sus modos de proceder, cuáles son sus expectativas e instrumentaciones. En este sentido, contamos con dos herramientas: la *actitud de no-saber* y la *pregunta*. Quien pregunta quiere comprender algo que no sabe. Quien cree que ya lo sabe todo, entonces se niega la posibilidad de comprender aspectos claves que son de gran utilidad para el paciente y para la planificación de tratamiento por parte del médico. De esta forma, la consulta médica debe estar transversalmente caracterizada por una escucha activa y centrada en el paciente.

Esta forma de abordar al paciente también produce efectos psicológicos importantes. Al saber que el “contenido psicológico” afecta los procesos somáticos, entonces en el hecho de reportarlos podemos encontrar un potencial de cambio, sólo si quien escucha quiere comprender y utiliza ese contenido como información valiosa para el trabajo. Adicionalmente, médico y paciente disponen de un espacio para compartir las creencias

que son importantes para el éxito del tratamiento, así como de un espacio de sensibilización acerca de aspectos médicos que el paciente debe tomar en cuenta. De esta forma, la globalidad de la escucha nos invita a observar, interpretar, comprender, preguntar, informar, contener emocionalmente y comprender el significado con el paciente, adaptándonos a su estilo comunicativo. En fin, se trata de buscar el equilibrio entre lo que el paciente considera importante contar y lo que el médico considera importante escuchar, preguntar, explicar y prescribir.

Es preciso decir que muchas veces el espacio dialógico que ofrece el médico es el único con el que cuenta nuestro paciente para “repensar” actitudes y replantearse formas de actuar alternativas. Todo este planteamiento apunta a la apertura de un espacio de diálogo mediante estrategias de expansión dialógica (Martin y White, 2005). Incluyen todas las acciones que se dirigen a atribuirle el valor necesario a la “voz” del paciente para incluirle activamente en la consulta. Recordemos algo importante, no se trata del grado de razón que pueda tener alguien, sino de **cuánta aceptación tiene su opinión**, lo que para el proceso de relación médico-paciente es indispensable para abrir un diálogo sobre lo que el médico o paciente plantean.

### **Modelo trifásico de la consulta**

Desde el punto de vista psicológico, se puede entender la consulta médica como un evento comunicativo global que está conformado por fases que son necesarias para un mejor aprovechamiento del espacio dialógico. *El médico es el responsable de la relación y experto en el contenido médico.* Mientras que el paciente es el único que puede conocer y narrar su experiencia. El equilibrio entre las inquietudes-motivos del paciente y las prescripciones y explicaciones del médico proponemos que debe lograrse en tres fases fundamentales que debe seguir la consulta. Es importante decir que deben considerarse sólo una guía desde el punto de vista psicológico, de ningún modo como receta, y que es posible tener indicadores observables de que se han logrado los objetivos en cada una de ellas, lo cual garantizaría condiciones adecuadas de trabajo médico. Estas fases son: **apertura**, **desarrollo** y **cierre**. Veamos en forma general en qué consiste cada una.

La etapa de **APERTURA** se caracteriza por tres eventos específicos:

1) **Hablar sobre aspectos de la consulta:** Cuando se inicia una consulta, el primer objetivo es lograr un estado de disposición del paciente para entrar en una relación caracterizada por el contacto, la confianza y la sugestión positiva (Nardone y Watzlawick, 1992). Este primer contacto ejerce un efecto permanente sobre la “imagen” que se hace el paciente de la consulta. Es deseable que se abra, en un espacio variable de tiempo y según las posibilidades, un diálogo sobre “la consulta” y lo que pasa dentro de ella, es decir, proponer la consulta como tema de conversación con el paciente. Así, se puede hablar sobre qué tipo de relación tendrán médico y paciente y cuáles son sus implicaciones. Esto se hace especialmente necesario cuando se necesita una relación de apoyo para que el paciente pueda recuperar o lograr su estado de salud. Es especialmente necesario que el médico empiece a señalar qué capacidades o fortalezas se necesitan del paciente para hacerse cargo de su situación, así como empezar a promoverlas o crear el espacio para construirlas en la mutualidad del diálogo.

2) **Definición del problema y objetivos:** Cuando hablamos de problema lo hacemos desde un punto de vista amplio, no sólo desde el punto de vista fisiopatológico. Es sabido que desde el punto de vista médico existen conocimientos para la identificación, reconocimiento y solución de problemas a través de refinados métodos diagnósticos. De esto se desprende que los médicos vean qué pasa con su paciente. Sin embargo, desde el punto de vista relacional es tan o más importante que el paciente también lo vea, si no se cumple esta condición, se pone en peligro la sostenibilidad de cualquier tratamiento o intervención. Entonces, se debe indagar cómo entiende el problema el paciente, si es un problema para él o ella, qué conoce sobre su condición, qué implica, qué está dispuesto hacer. Este proceso implica tanto dar información estrictamente médica adecuándose al estilo del paciente, como identificar áreas de fortalezas y debilidades que deben tratarse para mejorar su condición. Así, el problema médico está en el contexto de una historia de vida que se debe conocer.

3) **El contrato terapéutico:** El contrato terapéutico forma parte de la alianza que establecen médico y paciente para trabajar juntos para el logro de objetivos que serán establecidos en la consulta. Es especialmente importante conversar sobre los factores que

intervienen en el éxito de la consulta. Uno de los más importante es la capacidad que tenga el paciente para trabajar junto con el médico y viceversa. El contrato se refiere a un compromiso mutuo o “protocolo de actuación” ante ciertas situaciones médicas que pudieren presentarse. Incluye conversar sobre el rol del médico, del paciente y sobre ciertas situaciones importantes. Incluye actitudes, pautas de comportamiento, instrumentaciones en momentos críticos, etc. Es especialmente importante como un elemento al que podemos apelar en momentos críticos puesto que debe lograrse de común acuerdo con el paciente. Tiene una utilidad transversal durante las consultas e intervenciones médicas. Un ejemplo de ello lo vemos en situaciones médicas muy ansiógenas en las que se establece un protocolo de actuación para cuando el paciente tenga que vivirlas. En este sentido, el contrato es también un medio para trabajar el riesgo psicológico de manera preventiva. Éste se realiza tanto con el paciente como con aquellas personas directamente vinculadas con su situación y que forman parte de círculo de apoyo. Desde el punto de vista comunicacional, el contrato con el paciente se realiza mediante un logro de acuerdos que implican un compromiso mutuo en las situaciones que fueren necesarias y con quienes estuvieren involucrados.

La etapa de **DESARROLLO** implica varios procesos:

1) **Valoración médica:** El conocimiento médico es una parte central de la consulta y debe dedicársele un tiempo importante. Si se considera desde el punto de vista de la relación médico-paciente, todo lo que el médico pueda aportar como conocimiento es visto un tipo contenido que tiene efectos psicológicos en el paciente. Es importante entonces que se cree un **estado de confianza**, construido en la etapa de apertura de la consulta, para que el conocimiento médico ejerza los efectos deseados. La valoración médica comprende lo relacionado a diagnósticos, exploraciones físicas, proceso semiológico, explicaciones, tratamientos, búsqueda de soluciones, etc. A lo largo del desarrollo de esta etapa deben observarse atentamente las respuestas del paciente y ver cuáles son sus necesidades psicológicas en cuanto a esta información y suplirlas utilizando el modo de comunicación más adecuado. Es válido recordar que no sólo “conocer lo que me pasa objetivamente” es el

elemento motivacional único asociado al cumplimiento del tratamiento y al logro del estado de salud.

2) **Estimación y valoración compartida sobre las pautas de comportamiento, sentimientos y pensamientos que mantienen el problema:** La situación del paciente es parte de una historia de vida y su situación clínica entonces es particular. En el momento en el que un paciente es atendido se identifican dos elementos, uno ideográfico, su historia de vida, y, un elemento general, su fisiopatología. Aunque se encuentren caracterizaciones comunes a nivel somático, siempre habrá una forma particular de vivirla, incluso relacionada con la presencia de la enfermedad en el cuerpo. Puesto que esto siempre es así, se debe abrir un espacio para evaluar conjuntamente formas de comportamiento, pensamientos y sentimientos que se relacionan directa o indirectamente con su condición clínica. El propósito es encontrar los recursos individuales y grupales que sirven como factores indispensables para la mejora del paciente. Es necesario evaluar motivaciones predominantes, formas de atribución o causas percibidas, explicaciones, significado personal y papel que juega la enfermedad, consecuencias vitales, ideas y miedos específicos, capacidades y recursos, debilidades; mediante conversaciones inclusivas y respetuosas de la voz del paciente, es decir, mediante estrategias de inclusión en el diálogo.

3) **Definición de las metas de tratamiento y negociación de soluciones:** Como el proceder médico busca soluciones, entonces hay que orientarse hacia ellas de una forma psicológicamente eficiente. Como lo reporta la literatura psicológica (Romero-García, 1999), establecer una meta actúa como una sugestión positiva de que el cambio es posible en el tiempo permitido, y provee un criterio de logro para el médico y el paciente. Según se ha venido planteando, hay que pensar en la posibilidad de establecer metas estrictamente clínicas en el sentido médico y, también, metas a nivel psicológico que coadyuven al proceso de recuperación del paciente. Si se considera necesario, referir hacia otros profesionales que realicen el abordaje de aspectos psicosociales, puede ser una meta viable, ej. Psicólogo o psiquiatra. Dentro de la parte psicológica es importante considerar compartir las razones para el establecimiento de las metas, puesto que es un elemento motivacional de primer orden para el paciente, así como negociar metas realizables, que podamos estimar su logro con indicadores y que representen un reto para el paciente. Las metas son actos de

habla compromisos en el cual el hablante asegura la realización futura de algún acto. Es muy importante que el médico haga “promesas relacionales”, es decir, cómo ha de comportarse con el paciente. Asimismo que promueva el mismo proceso en el paciente.

La etapa de **CIERRE** implica:

1) **Evaluación de la sesión:** La evaluación de la sesión es un proceso mediante el cual retomamos el hablar sobre la consulta. Es un espacio para evaluar el “aprovechamiento” de la consulta, qué tanto le ha servido al paciente, qué ha entendido de las explicaciones médicas y sobre lo que tiene que hacer. El médico puede tener una retroalimentación de su desempeño a nivel relacional y comunicacional. También es un espacio para retomar algunos últimos temas importantes para el médico y el paciente, tomando en cuenta que las personas sentimos necesidad de hablar de otros asuntos una vez percibido el cierre de los espacios más formales de atención.

2) **Diseño del proceso de consulta futuro y dudas finales:** En esta etapa se acuerda la relación médico-paciente proyectada hacia el futuro. Se esboza, grosso modo, la forma de proceder en el futuro, si es que este aspecto no se ha conversado antes. Esta idea que se puede tener de la relación con el médico en el futuro orienta el proceder del paciente mediante expectativas y le ayuda como “relación sustitutiva” durante el tratamiento. Nos referimos a expectativas de acompañamiento / apoyo futuro o de ciertas acciones relacionadas con soluciones, las cuales impactan emocional y motivacionalmente al paciente. Asimismo, se abre la oportunidad de conversar sobre los temas que el paciente considere le faltan por hablar para dar término a la consulta como evento comunicativo global.

## **A MODO DE CIERRE**

Este artículo ha tenido un propósito sensibilizador sobre algunos aspectos comunicativos presentes en la relación médico-paciente. Estos aspectos son tan amplios que de ningún modo pretendió agotarlos todos o ser exhaustivos en su descripción, menos aun, que sirva como un “recetario” para abordar las situaciones de comunicación. El propósito es orientar una discusión sobre la práctica médica que resalte la importancia de la relación que se

establece entre el médico y el paciente. Estos aspectos son muy variables puesto que las situaciones comunicativas son diversas. Parte de desarrollar una competencia comunicativa se basa en poder decidir qué es lo adecuado en cada situación. Estos aspectos descritos pueden desglosarse en un conjunto de técnicas que es útil conocer e implementar en situaciones clínicas específicas, pero que dependen de una comprensión mayor en cuanto a la importancia de la comunicación como el gran proceso de la construcción de las relaciones.

Las comunicación oral es un evento que se desarrolla “punto por punto” mediante un avance lineal, es imposible predecir cuál será el resultado de una conversación médica en la que todos los participantes se interesan por lo que el otro tiene que decir. Por esta razón, no fueron planteadas las fases de la consulta médica como una secuenciación rígida, ni necesaria, ni única. Por el contrario, tiene la flexibilidad característica de las interacciones humanas. También se debe recordar que la consulta es un microevento dentro de un proceso mayor de asistencia que ocurre en varias consultas. Su estructura formal y temática, su duración variará según el estado de ese proceso mayor y según las necesidades de los participantes. En fin, el conocimiento de estos principios, como pilares esenciales, y no como secuencia de pasos, es vital para orientar una práctica médica diversa que necesita la adaptación permanentemente a las necesidades de la relación médico-paciente.

## **REFERENCIAS**

Echevarría, R. (1996). *Ontología del lenguaje*. (3° Ed.). Santiago de Chile, Chile: Dolmen Ediciones.

Martin, J. y White, P. (2005). *The language of evaluation: Appraisal in English*. New York: Palgrave McMillan.

Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio: manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance*. Barcelona, España: Herder.

Romero-García, O. (1999). *Crecimiento psicológico y motivaciones sociales*. (3° Ed.). Ediciones ROGYA: Mérida, Venezuela.