



Hachetetepé. Revista científica de
educación y comunicación

ISSN: 2172-7910

revista.http@uca.es

Universidad de Cádiz
España

Utor Fernández, Diego Alejandro
EDUCAR PARA COMUNICAR EN MEDICINA

Hachetetepé. Revista científica de educación y comunicación, núm. 19, noviembre, 2019,
pp. 59-66
Universidad de Cádiz

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=683772577016>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



EDUCAR PARA COMUNICAR EN MEDICINA

Educating for communication in medicine

Diego Alejandro Utor Fernández

Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz
(España)

E.mail: alejandroutor@gmail.com

Resumen

Unas adecuadas prácticas en comunicación profesional sanitario-paciente son parte imprescindible del proceso terapéutico. La comunicación tradicional (y obsoleta) que dominaba esta relación se basaba en un modelo paternalista, donde el/la profesional no hacía esfuerzos por hacerse entender ni por entender al paciente, y los/las pacientes se entregaban confiados, renunciando a la comprensión del mensaje y a participar en las decisiones relacionadas con su vida. Hace años surgió un nuevo modelo: la comunicación centrada en la persona. Con ello se consigue conocer y entender al paciente, y así es posible adaptar las actuaciones terapéuticas a las necesidades y circunstancias personales de cada persona, favoreciendo su participación. Pero para que esto sea una realidad, es necesario que se valore lo suficiente esta faceta de la atención sanitaria y que los profesionales sanitarios en formación disfruten de una preparación completa y progresiva durante todo su periodo de formación universitaria. Palabras clave: comunicación médico-paciente, comunicación centrada en la persona, formación

Abstract

Appropriate practices in communication between healthcare professional and patient are an essential part of the therapeutic process. The traditional (and outdated) communication that dominated this relationship was based on a paternalistic model, where the professional did not effort to be understood or to understand the patient, and the patients were delivered assured, giving up to the compression of the message and to participate in decisions concerning their lives. Years ago emerged a new model: person-centred communication. This gets to know and understand the patient, and thus it is possible to adapt the therapeutic actions to the needs and personal circumstances of each person, favoring their participation. But to make this a reality, it is necessary to be valued enough this aspect of health care and that health professionals in training access to a comprehensive and progressive preparation during the entire period of university education.

Key words: Physician-patient communication; person-centered communication; medical education

Recibido 4-09-2019 / Revisado 18-09-2019 / Aceptado 12-10-2019 / Publicado 01-11-2019

<https://doi.org/10.25267/Hachetetepe.2019.v2.i19.7>

Una introducción a la comunicación sanitaria

La comunicación profesional sanitario-paciente es una competencia fundamental en el ejercicio de la medicina. Una buena comunicación origina una confianza y respeto mutuos que favorece la adhesión a las terapias, facilita el control de los síntomas de la enfermedad y los efectos secundarios. E, igualmente, propicia la cooperación con el equipo médico y una mejor acomodación a sus decisiones, disminuye su sensación de aislamiento, eleva su autoestima y confianza. En definitiva, lo que mejora su calidad de vida. Por tanto, llevar a cabo unas buenas prácticas en comunicación es parte del proceso terapéutico y es fundamental para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida. Una comunicación no sólo es el resultado de un intercambio simple de un mensaje entre dos personas, sino que es también expresar algo de la personalidad de cada una de las personas implicadas en el intercambio. Y según domine más una cosa o la otra, la relación comunicativa cambia de forma significativa.

Hasta hace poco tiempo, porque quiero pensar que es una práctica ya pasada, la relación entre profesional sanitario-paciente estaba dominada por una relación desigual entre el emisor y el receptor del mensaje. El (o la) profesional sanitario ejercía su papel desde una posición superior a la del (o de la) paciente, basada en una hegemonía en los conocimientos sobre un tema de gran complejidad y con un lenguaje específico. Un procedimiento comunicativo inspirado en una autoridad en unos medios que solo él controla, en una superioridad moral basada en que al profesional no lo mueve otro fin que el bien del paciente, y en el reconocimiento social de la profesión sanitaria funda-

mentada, probablemente, en todo lo anterior.

De modo que la comunicación resultante era reduccionista, con mensajes simplificados, a veces incluso infantilizados, donde el/la profesional no entraba en muchos detalles, se ahorra explicar los muchos matices de sus problemas, las insuficientes certezas que rodean al proceso diagnóstico y las dudas sobre el éxito del tratamiento. Se limitaba a identificar con escasas alternativas un origen para sus problemas y a proponer una solución definitiva sin complicaciones destacables.

Los/as pacientes, por su parte, se entregaban confiados a sus manos, renunciando a la comprensión del mensaje y a participar en las decisiones relacionadas con su vida, porque no dudaban de las buenas intenciones del profesional.

Este tipo de comunicación que dominaba la relación profesional sanitario-paciente se basaba básicamente en un modelo paternalista. Este tipo de relación no es extraña en nuestra sociedad. Es la misma relación que se tiene en la mayoría de los casos en la familia con su descendencia de corta edad (de ahí su nombre), donde las madres y padres no explican la complejidad de los diferentes significados y consecuencias que sus actitudes les pueden acarrear en el presente o en el futuro, sino que se limitan a reñirlos por lo que han hecho mal advirtiéndoles de un peligro inminente y seguro, e indican la manera correcta y exenta de peligros de hacer las cosas. Los mensajes de la comunicación en la política es un ejemplo quizás más claro; en estos discursos está claramente identificado cuál es el problema que soporta la ciudadanía y quién lo ha producido sin ningún tipo de duda (el rival político), y el que protagoniza el discurso político tiene una solución clara, que por supuesto no va a suponer ningún sacrificio



ni contrapartida negativa para nadie. También los medios utilizan un lenguaje simplista y paternalista, de acuerdo a la línea editorial del medio que se trate y su compromiso con ella. Y, en los últimos tiempos, las redes sociales han contribuido a empobrecer aún más la calidad de la comunicación. En pocos caracteres se comprime el mensaje, donde se identifica el problema y el culpable, y, si cabe, expongo mi solución. Importantes líderes mundiales utilizan constantemente estos medios para comunicarse con las masas de seguidores.

La comunicación centrada en la persona

Parece, al menos en la medicina, que la cosa ha ido cambiando. Tal vez ha sido una evolución consciente fruto de una reflexión interna, o tal vez un cambio forzado o inconsciente debido a la transformación sociocultural del último siglo. Pero hace años que en la medicina se ha ido imponiendo otro estilo de comunicación, que quiero pensar de forma optimista de nuevo, que es la predominante en la actualidad.

Uno de los probables factores fundamentales de este cambio ha sido reconocer que la medicina es básicamente incertidumbre:

- El origen de un síntoma puede ser debido a diferentes enfermedades o incluso a situaciones normales, no patológicas.
- No suele existir una solución única para cada uno de los problemas.
- Los/las profesionales son personas, y pueden equivocarse en sus decisiones. Y sus motivaciones varían, no suelen coincidir con las de la paciente y puede que no les mueva únicamente el bien de la paciente.

- Existe una amplia variabilidad en la práctica clínica que hace que incluso reconociendo sin dudas el origen de un problema, en un mismo ámbito sanitario, dos profesionales del mismo equipo pueden tratarlo de diferente forma dependiendo de sus gustos o experiencias personales.
- Todas las actuaciones médicas tienen siempre sus riesgos, efectos secundarios y pueden dejar secuelas.
- Y cada paciente es diferente. Su concepto de salud, enfermedad, satisfacción y calidad de vida son subjetivos, personales, y no se pueden generalizar sin cometer un desacierto con alguna actuación.

También ha influido el aumento de la información disponible para las pacientes. Es raro que se acuda a la consulta del profesional sanitario por primera vez y no se traiga ya una idea preconcebida de la enfermedad que puede estar provocando nuestros síntomas. En muchas ocasiones puede ser errónea, pero el acceso a Internet ofrece mucha información sanitaria de todo tipo y para todos los gustos. Desde páginas serias abaladas por las mejores instituciones sanitarias con información rigurosa y adaptada al público general, hasta chats de opiniones particulares que se dedican a desinformar, basadas en tópicos y falsedades. Y es el paciente, con sus propias ideas y prejuicios el que decide dónde buscar, y a veces, guiado también por el azar, obtiene una primera idea de su problema de salud, difícil en ocasiones de cambiar posteriormente. Otro factor de cambio, como consecuencia probable de la evolución de la sociedad, que ha llevado a una emancipación de los (o las) pacientes que han ganado progresivamente en autonomía, se han reconocido le-

galmente sus derechos en cuestiones de información. De acuerdo a la *ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, el paciente tiene reconocido el derecho de ser informado de todo lo relacionado con su proceso asistencial, de forma que lo entienda y hasta donde esté dispuesto a llegar. E, igualmente, puede participar de forma activa, si así lo desea, en las decisiones que afecten a su enfermedad.

De esta forma surgió, como mejor ejemplo y máximo exponente del cambio evolutivo en la relación comunicativa entre profesional sanitario y paciente el respeto a la calidad y cantidad de la información y al fomento a su participación en las decisiones terapéuticas: la comunicación centrada en la persona.

Cualquier enfoque “centrado en la persona” contiene tres propósitos cruciales (Epstein y col. 2007; Utor y col. 2018):

1. Obtener las necesidades, perspectivas y experiencias individuales de cada una de las personas, valorándolo todo en su propio contexto social.
2. Propiciar el entendimiento compartido de su problema de salud y de su tratamiento. No debemos olvidar que el problema biográfico que crea su enfermedad es suyo y es único para cada persona dependiendo de sus propias circunstancias, así que tenemos que hacer que entienda la enfermedad y su tratamiento. Y por la parte del profesional hemos de entender las consecuencias que eso produce en su vida.
3. Ofrecer a cada persona la oportunidad de participar, activamente, del cuidado de su salud.

Es decir, que, entre otras cosas, debemos averiguar qué sabe y hasta dónde quiere saber, cuáles son sus preocupaciones, sus sentimientos y sus expectativas. Y, para ello, debemos usar mecanismos y herramientas específicas de comunicación, que favorezcan la privacidad, sin limitaciones de tiempo ni interrupciones innecesarias, usando preguntas abiertas, procurando no interrumpir, utilizando la escucha activa... Debemos entender su perspectiva y mostrar empatía. Este concepto no hemos de interpretarlo como ponerse sólo en el lugar del otro, porque a lo mejor, yo en su lugar tomaría decisiones diferentes. Es más, significa entender que hay personas que tienen una forma de pensar muy diferente a la de la mayoría. Algo que conlleva la aceptación, el respeto y la necesidad de adaptación a ella. Aunque no estemos de acuerdo con su proceder o sentir, con su forma de expresión o comportamiento.

Asimismo, debemos ayudar a que expresen sus sentimientos, mostrando respeto y apoyo. El instinto de protección que todos tenemos hace que cuando una paciente (o un paciente) llora, se enfada o muestra miedo tras conocer su enfermedad, tendamos, al igual que sus familiares, a censurar su expresiones emocionales y a banalizar el problema; con expresiones como: “no llores”, “no pasa nada”, “no te pongas así”, “esto se soluciona y ya está”, “tienes que poner de tu parte”, o bien “así no lo vas a superar”, entre otras. Haciéndola sentirse mal e incomprendida por sentir lo que siente (que es lo mismo que todos sentiríamos en su situación) y culpabilizándola si la cosa va mal. En resumen, hemos definido la empatía como algo más que ponerse en el lugar del otro; se trata de comprender aquella situación de desagrado ante determinado diagnóstico o pronóstico. En este caso, se trata de conocer a cada persona con la que nos relaciona-



mos en nuestro trabajo, entender sus circunstancias y sus sentimientos y el problema que crea su enfermedad. Y, eso sí, adaptar nuestro vocabulario, forma de actuar y los tratamientos a sus necesidades específicas. Hacerle un “traje a medida” a cada paciente, en vez de ofrecer un único “traje” al que cada persona tiene que intentar adaptarse.

Barreras a la comunicación

Esto es lo ideal, claro, pero todo no puede ser tan fácil. Para llevar a cabo una adecuada comunicación centrada en la persona es necesario que ésta sea activa y participativa en cuanto al cuidado de su salud, que el personal sanitario sea comunicativo y centre su atención en las personas. Además de que el sistema de salud sea accesible, esté bien organizado y sea receptivo a las necesidades de los y las pacientes. Vamos a desarrollar estas cuestiones, si cabe, un poco más.

En relación con las personas, estas deben estar motivadas a hablar abiertamente acerca de sus miedos o preferencias. Algunas evitan determinados temas porque les producen incomodidad o piensan que el o la profesional los desaprobará. Y otra veces la familia intenta censurar la información que se les da a pacientes para protegerlos y evitarles un mal trago. Es la llamada “conspiración del silencio”.

Para luchar contra estas barreras, debemos limitar y suministrar de forma progresiva la información dando tiempo a que esté en condiciones de aceptarla; debemos fomentar la participación, mostrándonos accesibles a nuevas citas y preguntas, y mostrándonos sensibles a sus deseos y necesidades. De igual modo, debemos hacer ver a la familia que esa persona tiene derecho a conocer su estado de salud y poder decidir

sobre su vida y su futuro, porque es lo justo y porque así lo contempla la ley, salvo que tácita o explícitamente renuncien a ese derecho.

En cuanto a la profesión sanitaria, llevar a cabo una comunicación centrada en la persona, precisa de un grado de motivación, que la sobrecarga laboral socaba constantemente. También evitar discusiones incómodas o temas, emocionalmente comprometidos pueden ejercer de barrera. Además, se precisa una serie de habilidades sociales innatas y cierto grado de formación en la comunicación centrada en la persona que ayude a comprender el punto de vista de esa persona, a personalizar las recomendaciones, a usar un lenguaje apropiado y a valorar su estado emocional. También, supone aceptar cierto grado de pérdida de control y de poder, y a eso, de forma consciente o inconsciente, no todos están o estamos dispuestos a renunciar. Los profesionales sanitarios tienen diferentes preferencias y compromisos con sus pacientes, y adaptar su actuación a las necesidades de estos, sin priorizar las suyas propias, les hace perder ese poder de la situación y aquel control del contexto.

De igual forma, como instinto de protección, el o la profesional puede evitar el coste personal de la influencia mutua que exige una relación comunicativa de esta índole. El trato directo con personas cuyas demandas físicas y emocionales se trasladan de alguna forma al profesional, y tener que enfrentarse constantemente con el sufrimiento humano y la muerte puede producir fatiga, desgaste emocional, incapacidad de concentración, insomnio, irritabilidad, ansiedad y depresión: el llamado burnout médico.

Por su parte, los sistemas de salud que suelen expresar que “el paciente es el centro del sistema”, todavía se rigen fundamentalmente por criterios cuantitati-

vos, como las demoras, más que por los cualitativos, como satisfacción o calidad de vida. No suele facilitar las condiciones para la comunicación centrada en la persona. Es decir, mantener un único profesional durante todo el proceso, tiempo suficiente, lugar privado y sin interrupciones, flexibilidad de horario, accesibilidad... Serían algunos apartados a señalar. E, igualmente, tampoco están o estamos, suficientemente, preparados para ayudar a prevenir o tratar el burnout médico.

Como consecuencia de estas barreras, la comunicación centrada en la persona no es aún un modo habitual de abordar las relaciones entre profesional médico y paciente. No conforma parte integral del hecho comunicativo sanitario.

Cómo mejorar la formación en comunicación en las profesiones sanitarias

Para mejorar esta realidad, y aprender a derribar estas barreras, habría que ir al origen del problema. Como decíamos al principio, la comunicación profesional sanitario-paciente es una competencia fundamental en el ejercicio de la medicina, extensible al resto de las profesiones sanitarias. Muchos estudios han puesto de manifiesto que la mayoría de los profesionales de la salud no han recibido una capacitación específica y adecuada en comunicación; en ninguno de los niveles de su formación. Aunque tras los cambios en los planes de estudio en las Universidades para adaptarse al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) se iniciaron Evaluaciones Clínicas Objetivas y Estructuradas (ECO/OSCE) donde se simulan situaciones clínicas reales y se evalúan distintas habilidades entre las que se encuentra la comunicación con el/pacien-

te (junto con otras como exploración física, diagnóstico diferencial, atención a un parto, suturas, vendajes, escribir un informe médico, interpretar pruebas de imagen, etc.). Sin embargo, la realidad es que el alumnado llega a este examen sin la formación pertinente y específica previa en este campo.

Para cubrir estas deficiencias de la formación básica se han desarrollado algunas propuestas educativas en esta línea en la formación de postgrado. Hay algunos buenos ejemplos de cursos de “Comunicación Médica Centrada en la Persona” organizados incluso con metodología semipresencial, combinando formación a distancia a través de internet con sesiones presenciales intensivas de mucha calidad. Son muy importantes la formación continuada de los profesionales sanitarios para mejorar algunas carencias formativas específicas, ayudarles a adaptarse a nuevas técnicas o corrientes y permitir su reciclaje en una profesión en continua evolución.

Pero, a todas luces, la formación de grado nos parece transcendental. Creemos firmemente que las habilidades de comunicación, el manejo de conflictos y la relación con los y las pacientes deben incorporarse como una enseñanza obligatoria en el currículo del grado de medicina, debe implantarse en todas las universidades como un área integral de enseñanza progresiva a lo largo de todos los cursos de la formación de grado, y no como una formación escasa y aislada en un solo año o a través de asignaturas optativas o de libre elección.

Para abordar la docencia de la comunicación en el grado y valorar cuál es la forma más efectiva de enseñar la relación médico-paciente en nuestro medio, nos hemos fijado, entre otros, en el trabajo “Comunicación médico-paciente: una de las competencias



básicas pero diferente” (Moore y col. 2012), en el que hacen una interesante reflexión sobre las premisas necesarias para la planificación de la docencia en comunicación en el grado de medicina. En la siguiente tabla están resumidas las recomendaciones internacionales para la docencia en comunicación (Ruiz-Moral, 2003; Makoul, 2001) en las que se basa su propuesta.

- Enseñanza formal, bien estructurada, con objetivos explícitos y con un desarrollo a lo largo del currículum comenzando desde lo más «sencillo» a lo más complejo
- Docencia en grupos pequeños en un clima de confianza que permita la reflexión y crecimiento personal, basado en los principios de aprendizaje de adultos y centrado en el alumnado lo que conlleva a una auto-evaluación y, basado en problemas significativos para los estudiantes
- Metodologías experienciales e interactivas
- Observación directa o indirecta usando pacientes simulados y reales con filmación
- Observación estructurada usando guías que permita mediciones de las habilidades demostradas
- Feedback sobre las habilidades observadas
- Adaptación del contenido a las circunstancias locales
- Evaluación sumativa que debe incluir observación de entrevistas estudiante-paciente
- Docentes con experiencia en facilitar/guiar grupos pequeños
- Debe haber correspondencia entre lo que se enseña en comunicación y en lo que se enseñan en la clínica, permitiendo modelaje del docente y práctica de los estudiantes de

las habilidades comunicacionales durante las rotaciones clínicas

- Adecuada financiación y apoyo para los docentes que enseñan comunicación
- El continuo curricular de docencia en comunicación debe ser evaluado periódicamente

Siguiendo el modelo seguido por este trabajo y dichas recomendaciones internacionales, proponemos organizar cursos de comunicación en los cuatro últimos años del grado de medicina. En el tercer año, con una asignatura sobre «la entrevista médica» se pondrá el énfasis en el conocimiento (con clases teóricas) y en la práctica (con un taller) tanto de las habilidades en comunicación como de la anamnesis tradicional y de escritura de informes médicos, complementándose ambas competencias. En el cuarto año, con la asignatura «relación profesional sanitario-paciente» con una duración de 12 h, fraccionadas en sesiones sobre la aplicación de habilidades en comunicación y del conocimiento de la comunicación centrada en la persona. En el quinto año se desarrollaría un taller de 4 h con un desafío específico: cómo abordar las malas noticias. Y finalmente en el último año, durante sus rotatorios clínicos, se les ofrecería la posibilidad de que observen y reciban *feedback* mediante una filmación de su atención con pacientes reales.

Sería necesario que en su práctica habitual se utilice, como métodos de enseñanza y de evaluación del grado, el uso de role-play entre el alumnado usando casos creados por el personal docente, pacientes simulados. Así como los espejos unidireccionales y filmaciones, lo que les permitiría facilitar la observación de las entrevistas realizadas por el alumnado. Esto les permitiría practicar sus habilidades y recibir retroalimentación de docentes y sus pares, y, por supuesto,

también facilitará la evaluación. Las evaluaciones clínicas objetivas y estructuradas (ECOE/OSCE) con estaciones en las que se entrevistan a pacientes con el uso de espejos unidireccionales, permite una evaluación objetiva de las interacciones estudiante-paciente. Nos parece un modelo muy útil, sencillo, barato y fácilmente exportable y adaptable a nuestro medio, que permitirá una enseñanza formal teórico-práctica completa y adecuada.

Conclusiones

Si realmente se quiere mejorar la comunicación profesional sanitario-paciente y llegar a conseguir una comunicación verdaderamente centrada en la persona, tenemos que asegurar no solamente que el alumnado conozca las habilidades que permiten que la comunicación sea efectiva, sino que además deben practicar dichas habilidades con soltura. Sólo así se conseguirá que las asuman como una necesidad y las utilicen en su trabajo habitual. O sea, lograr un paso cualitativo de la comunicación afectiva a la efectividad en la comunicación.

No podemos confiar en un aprendizaje por imitación de las conductas de compañeros, que solo provocan confusiones, arbitrariedades, errores y perpetúan las actitudes paternalistas. La pura experiencia y el aprendizaje no reglado de hábitos copiados tienden a no discriminar entre las buenas y los malas prácticas. Tenemos que lograr que la comunicación sea considerada una competencia básica en la medicina y que, por tanto, tenga el peso suficiente en los planes de estudio del grado de medicina y de las demás profesiones sanitarias. Sólo así, podrán incluirse programas de formación continuada, rigurosos y serios, como el aquí esbozado.

Para ello, basta con recordar, tal y como indicamos al comienzo, que una buena comunicación profesional sanitario-paciente favorece la adhesión a las terapias, facilita el control de los síntomas de la enfermedad y sus efectos secundarios, disminuye su sensación de aislamiento, eleva su autoestima y confianza y, por tanto, mejora su calidad de vida. Una buena comunicación, por consiguiente, es parte fundamental de la terapia curativa, y debe ser considerada como tal a la hora de diseñar la formación del futuro profesional sanitario.

Referencias

- Epstein, R.M. y Street, R.L. Jr. (2007) *Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering*. Houston: National Cancer Institute, NIH Publication.
- Makoul, G. (2001). The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Educ Couns*, 45(1); 23-34.
- Moore, P.; Gómez, G. y otros (2012). Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferentes. *Aten Primaria*, 44(6); 358-365.
- Ruiz-Moral, R. (2003). Programas de formación en comunicación clínica: una revisión de su eficacia en el contexto de la enseñanza médica. *Educación Médica*, 6(4); 159-167.
- Utor, D.A., Granados, M.C., Moreno, P., Cruz, A. y Borrero, I. (2018). *La comunicación centrada en la paciente de cáncer de mama: entender y ser entendido*. Valencia: Publicaciones Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria.