

¿Y DE INVESTIGACIÓN QUÉ?

TE: LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE VISTA DESDE LOS PROCESOS COMUNICATIVOS

TI: THE DOCTOR PATIENT RELATIONSHIP PROCESS VIEW FROM COMMUNICATIONS

(Recibido: sept. 19, 2013. / Aceptado: nov. 16, 2013.)

A: Juan Carlos Velásquez Rojas

RESUMEN

La comunicación entre pacientes y equipo de salud es mucho más que el contenido de una entrevista. La simple revelación de información es solo una parte del complejo proceso de comunicación. Existen muchos otros factores como el lenguaje usado y la veracidad, que son los elementos que generan confianza y respeto mutuo. Por el contrario, una mala comunicación generará en el paciente una sensación de inseguridad. En este artículo se tratan algunos aspectos fundamentales de la comunicación con los pacientes.

Palabras Clave

Comunicación, barreras de la comunicación, relación médico-paciente, comunicación médico-paciente.

ABSTRACT

Communication between the patient and the health team is much more than the content of the interview. The simple revelation of the information is just one small part of the complex communication process. There is a variety of factors like the language used on the conversation and the veracity of the information; these are the elements that generate trust and mutual respect. If this doesn't work as it should and happens the opposite instead, the patient would feel insecurity about the entire treatment, himself or the doctor. On this article we will abord some of the fundamental aspects of communication with patients.

Key words

communication, communication barriers, doctor-patient relationship, doctor-patient communication.

Los avances tecnocientíficos impactan profundamente todos los aspectos de nuestra vida cotidiana. En el caso específico de la Medicina, los avances tienen que ver con mayores recursos diagnósticos y terapéuticos, además de ofrecer la posibilidad de realizar intervenciones médicas y quirúrgicas nunca antes soñadas por nuestros antecesores. Estos avances han llegado acompañados de nuevas expresiones y de nuevas formas de comunicación. El idioma médico que ya de por sí es enorme y cambiante, se ha

tornado confuso y en no pocas ocasiones se hace incomprensible, lo cual puede convertirse en un gran problema pues es a través del diálogo que el personal de salud y los usuarios de los servicios se ponen de acuerdo en el diagnóstico, el pronóstico y el manejo. El dilema al que nos enfrentamos los profesionales de la salud es que las personas tienen gran cantidad de información pero no tienen el criterio que les permita cualificarla. El personal de salud se enfrenta hoy a personas que exigen información de mayor calidad.

*Médico de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, Especialista en Medicina Familiar Integral. Profesor Titular de la Universidad Juan N. Corpas. Candidato a Doctor en Bioética de la Universidad El Bosque. Docente de las cátedras de Historia de la Medicina y de Bioética de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas. La presente investigación hace parte del trabajo de doctorado en Bioética realizado por el autor en la Universidad de El Bosque.
E-mail: juan.velasquez@juanncorpas.edu.co

No siempre entendemos la palabra comunicación de la misma manera. En algunos casos hace referencia a la capacidad de transmitir información, en otros casos la entendemos como la capacidad de compartir ideas o sentimientos. Debemos tener en cuenta que en la entrevista médica, si bien se transmite información, dicha información nunca estará despojada de sentimientos. No deja de ser paradójico que en una época de informática y de telecomunicaciones inmediatas, la comunicación entre el médico y su paciente, hoy más que nunca debe ser cara a cara, con sensibilidad, dado que en ocasiones las noticias que se transmiten, no son buenas.

Hottois² considera que, la medicina se practica hoy en sociedades heterogéneas, individualistas y multiculturales, en las cuales no predomina un único patrón de valores, intereses y normas. A pesar de ello, la relación médico-paciente sigue siendo el centro del ejercicio de la Medicina³. Con las variaciones propias de cada cultura, el rasgo esencial de la relación médico paciente es el encuentro, basado en la mutua confianza, entre el que busca ayuda y el que puede proporcionársela⁴. La comunicación por tanto, se convierte en pilar fundamental de esa relación.

Para la OMS, los objetivos de la Medicina son: promover la salud, prevenir la enfermedad, tratar las patologías y rehabilitarlas. Sin embargo, cada una de estas tareas es compleja, incierta y conflictiva, por lo que se necesitan extensos textos académicos, largos años de enseñanza universitaria y complejas competencias curriculares, es decir, un médico requiere de un largo aprendizaje teórico y práctico que genere la experiencia profesional.

La relación médico-paciente implica una interacción comunicativa destinada a facilitar el proceso diagnóstico y terapéutico, pero en no pocos casos, ofrece la posibilidad adicional de promover procesos de transformación y desarrollo humano en sus participantes; esta posibilidad solo se alcanzará si el proceso de comunicación va más allá de un simple intercambio de información y se constituye en una recíproca y fructífera interacción

personal; en palabras de Laín Entralgo, “debe surgir una amistad, que favorezca el surgimiento de dos aspectos: Un afecto desinteresado que se prodiga a otro ser humano desconocido y la confianza”.

El tipo de interacción comunicativa que permite que el encuentro entre paciente y médico se convierta en una verdadera amistad es el diálogo. El diálogo ha sido reconocido desde la antigüedad como un proceso fundamental de la comunicación humana que permite el conocimiento del otro, del mundo y especialmente de uno mismo. El diálogo es una interacción en la cual surgen emociones, pensamientos y nuevas actitudes, que pueden determinar cambios significativos en las personas y en el caso de la atención médica, influir trascendentalmente sobre el estado de salud⁶. La relación médico-paciente no se debe limitar a una relación técnica e instrumental, que facilita el diagnóstico y el tratamiento, sino que debe fomentar a través del diálogo, un ambiente que le de a dicha relación médico-paciente una verdadera categoría humana.

Definición y teorías de la comunicación

El diccionario de la RAE nos dice sobre la palabra comunicación, que proviene de la raíz latina *communicāre*, y que tiene entre otros, los siguientes significados⁷:

- Hacer a otro partícipe de lo que uno tiene.
- Descubrir, manifestar o hacer saber a alguien algo.
- Conversar, tratar con alguien de palabra o por escrito.
- Transmitir señales mediante un código común al emisor y al receptor.
- Consultar con otros un asunto, tomando su parecer.

Todos estos significados nos plantean aspectos diferentes. Las necesidades del hombre crearon un medio de comunicación específico: El lenguaje. De las épocas más remotas nos han llegado dibujos esquemáticos que aparte de un posible uso religioso o ritual tenían, sin duda, la función de transmitir un mensaje. La evolución de la

² Gilbert Hottois. ¿Qué es la Bioética? Edición Universidad El Bosque. Bogotá. 2007. pp 16 – 17.

³ Laín Entralgo, Pedro. La relación médico – enfermo, historia y teoría. Alianza editorial. Madrid, 1983. p. 19.

⁴ Laín Entralgo, Pedro. Introducción a una antropología médica. En: Antropología Médica. Salvat. Barcelona, 1985.

⁵ Shön, Donald. El profesional reflexivo. Cómo piensan los profesionales cuando actúan. Temas de educación Paidós. No. 47. Traducción José Bayo. 1ª. Edición 1998. p. 28.

⁶ Duffy, F.D. Dialogue The Core Clinical Skill - Editorial - Ann Intern Med. 1998;128:139-141

⁷ Diccionario de la RAE. Consulta en línea 12 febrero 2014. Disponible en <http://www.rae.es/>

⁸ Rodríguez Gama, Álvaro. Enciclopedia académica sobre el lenguaje de las ciencias de la salud. División de procesos editoriales. Secretaría General-ICFES. Santa-fé de Bogotá. 1999. p. 2.

comunicación humana se estima que se inició hace un millón de años con la aparición del lenguaje mímico y emocional. Se calcula que hace unos 50.000 mil años los humanos pudieron emitir sonidos y hace unos 10.000 años se registran los primeros escritos; la primera escritura (cuneiforme) se da en Sumer y el primer alfabeto es fenicio (constaba de 22 símbolos que representaban letras). Hace aproximadamente 3.500 años comenzó el desarrollo del lenguaje teórico y científico⁸.

La investigación sobre las teorías de la comunicación empezó en 1.918, luego de la Primera Guerra Mundial. Los primeros modelos de comunicación se denominaron “modelos en aguja hipodérmica⁹”, eran modelos simples, de estímulo respuesta, que pretendían “inyectar” un mensaje. Sin embargo, los estudios mostraron que había algo más, pues la comunicación produce cambios en las personas. En 1.948 Laswell presentó un nuevo modelo estímulo-organismo-respuesta que propone el encadenamiento lineal de cinco preguntas: ¿Quién? ¿Dice que? ¿Por cuál canal? ¿A quién? ¿Con qué efecto?

En este modelo “quién” es el emisor, “dice que” es el mensaje. “Por cuál canal” son los medios usados para transmitir el mensaje, “a quién” es el receptor y “con qué efecto” pretende saber cuál es el impacto. Posteriormente Richard Braddock propuso las siguientes precisiones: ¿Quién, dice que, a quién, en cuáles circunstancias, por cuál canal, con qué fin y con qué efecto? Si bien esta nueva formulación aporta precisiones suplementarias, continúa siendo un modelo estímulo-respuesta.

Casi al mismo tiempo (1.948 – 1.949) en que Laswell formula su modelo con cinco elementos, Claude Shannon propuso la comunicación como un “proceso de transferencia de información” y plantea un nuevo elemento, el ruido, que perturba el proceso de comunicación. A finales de 1959, John y Matilda Riley, propusieron que la comunicación forma parte de un sistema social; se incorpora entonces un elemento fundamental,

la retroalimentación, que hace de la comunicación humana una interacción. La audiencia deja de ser un receptor pasivo.

A partir de la década de los años 70 del siglo pasado, se comienzan a aportar nuevos elementos a los tradicionales “modelos lineales”. La necesidad que tienen el emisor y el receptor de hablar el mismo lenguaje, el contexto, el tono de la comunicación, el comportamiento del receptor, las características físicas del lugar y el contenido de la entrevista. A pesar de los desarrollos en la teoría de la comunicación, todavía hoy es posible observar cómo la comunicación, en algunos círculos, se reduce al tratamiento de viejos esquemas lineales de tipo estímulo-respuesta, cuando mucho con una incierta noción de retroalimentación.

Los problemas de la relación médico-paciente.

La relación médico-paciente sigue siendo, por encima de los continuos progresos en los conocimientos científicos y desarrollos tecnológicos, la base de la práctica médica; sin embargo, los cambios sociales, económicos, políticos, tecnológicos y culturales, obligan a los profesionales de la salud a que intervengan en procesos diferentes a los de su misión central.

Según Laín Entralgo, la relación médico paciente entró en su crisis más evidente y profunda con la modernidad¹⁰. La Modernidad, es para muchos, ese período entre los siglos XV y XIX (del Renacimiento al Positivismo), que se caracterizó por transformaciones revolucionarias en todos los órdenes de la vida social, dados tres elementos esenciales: la secularización de la vida civil, la transformación política de los estados y el desarrollo científico y tecnológico que desembocaron en la revolución industrial¹¹. Curiosamente, por lo menos dos de estos elementos se repiten en nuestra época, la secularización de prácticamente todos los aspectos de la vida diaria y el enorme desarrollo tecno-científico vivido en las últimas décadas.

Otra coincidencia que salta a la vista es que

⁸ Galeano, Ernesto Cesar. Modelos de comunicación. Consulta en línea: 20 enero 2014. Disponible en www.docencia.udea.edu.co/edufisica/motricidadycontextos/modelos.

¹⁰ Laín Entralgo, P. Opus cit, 1983. capítulo III, pp. 218 – 232.

¹¹ Mainetti, José. Bioética médica, III parte: Modernidad, en: Mainetti, J. Ética Médica – Consulta en línea 01-02-2014. Disponible en: <http://www.elabe.bioetica.org/34.htm>

¹² Ortiz, F. Modelos Médicos. McGraw Hill - Interamericana, Primera Edición, México 2001. Pp 61 - 77.

¹³ Laín Entralgo, Pedro. Op cit, 1983. capítulo III, p. 219

¹⁴ Foucault, Michael. El nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada médica. Siglo XXI editores. 1989. p. 270.

a pesar de los adelantos vividos en la Europa de finales del siglo XIX, y a pesar de tantas revoluciones, las condiciones de vida de gran parte de la población eran paupérrimas y el desarrollo industrial y económico lejos de permitirle superar al individuo común su condición de pobreza, ignorancia y dependencia, las acrecentó. Hoy podemos decir lo mismo de las condiciones de pobreza y vulnerabilidad de muchos de nuestros conciudadanos, que no les permiten beneficiarse de los adelantos de la biotecnología.

Tanto Federico Engels en su libro “La situación de la clase obrera en Inglaterra” (1.845), como Karl Marx en “El Capital” (1.867), denuncian los efectos de la industrialización sobre las condiciones de salud de la mayoría de la población¹². Ambos se basaron en trabajos médicos que identificaron la relación entre trabajo, nivel socioeconómico y enfermedad. Se hizo evidente que las condiciones de salud eran la consecuencia de largos períodos laborales realizados en insalubres y riesgosas condiciones de trabajo, con bajos salarios. Además existía una medicina para ricos y otra para pobres¹³. Las condiciones de los hospitales públicos de Europa hasta el siglo XIX eran denigrantes: el pobre se entregaba sin condiciones a una atención de beneficencia, destinada a atender las situaciones extremas de enfermedad con la retribución injustificable de prestar su cuerpo al servicio de la investigación o de la enseñanza; no solo no existían acciones que protegieran la salud de los pobres, el individuo carecía de la condición de sujeto, porque se lo convertía en objeto o en un simple órgano defectuoso¹⁴.

Actualmente, la crisis en la relación médico-paciente también está determinada por una actitud que subvalora y degrada al paciente a la condición de objeto, generando un trato que deshumaniza la interacción. El término deshumanización señala el deterioro de los valores y las actitudes deseables en el sistema de salud¹⁵. La Deshumanización o despersonalización, se ha explicado como el resultado de transformaciones políticas, económicas, legales, culturales y tecnológicas, que estimulan actitudes utilitaristas en la relación médico-paciente, y que

la reduce a una interacción técnica instrumental en la que incluso ha cambiado el lenguaje; el paciente es ahora “cliente” o a lo sumo “usuario” y los profesionales de salud, somos ahora “prestadores de servicios” o “clientes internos”.

La humanización de la relación médico-paciente se refiere a la presencia de valores como el respeto por la libertad de elección (autonomía), la competencia profesional (idoneidad), la buena comunicación (diálogo), la compasión (empatía), la estabilidad de la relación (continuidad) y la ausencia de conflictos de interés (especialmente económicos)^{16,17}. Frecuentemente los códigos de ética médica^{18,19}, tratan de definir y regular estas cualidades, sin embargo, normatizar la relación médico-paciente resulta insuficiente, de ello da cuenta el creciente volumen de demandas por mala práctica a los médicos y a las instituciones de salud, donde las deficiencias de la comunicación entre médico y paciente son una característica común sobresaliente^{20,21}, de allí que la comunicación sea un componente fundamental de la humanización de la relación médico-paciente.

La comunicación en el ámbito clínico.

El modelo actual de atención médica se desarrolló a partir de un proceso que se consolidó en Francia en el siglo XIX con el nombre de Método Clínico, basado en el Método Experimental de Claude Bernard²². La clínica francesa, promueve una mentalidad anatomo-clínica que descansa en dos grandes pilares: la semiología y la anatomía patológica; de allí que los métodos centrales de la entrevista clínica sean el interrogatorio y el examen físico²³.

Este modelo se concentra en la detección de patologías orgánicas, hace énfasis en los aspectos biomédicos y frecuentemente deja de lado los aspectos culturales, sociales, afectivos, espirituales o ambientales del paciente²⁴. Si bien permite asegurar una eficaz apreciación de los trastornos orgánicos, se subvaloran aquellos aspectos relacionados con el comportamiento, la sociedad y la cultura a la que pertenece el paciente.

¹⁵ Oyarzún, F. Consideraciones sobre la humanización y deshumanización de la psiquiatría. Revista Chilena de Neuro-psiquiatría. Universidad Austral de Chile; 2001 (1):16-18.

¹⁶ Subcommittee on Evaluation of Humanistic Qualities of the Internist. American Board of Internal Medicine. Evaluation of humanistic qualities of the internist. Ann Intern Med. 1983; 99:720-724.

¹⁷ Emanuel, E. and Neveloff, N. Preserving the Physician Patient Relationship in the era of Management Care. JAMA, 1995; 273 (4):323-329.

¹⁸ República de Colombia. Ley 23 de 1981.

¹⁹ Barona, Ricardo. Derechos y obligaciones en la relación médico-paciente. Médico-Legal. Revista oficial de la Sociedad colombiana de Anestesiología y Reanimación SCARE y del Fondo especial para el auxilio solidario de Demandas FEPASDE. Mayo-agosto 2001. Año VII, No. 2. P. 55-65

Según Laín Entralgo²⁵, quien trata por primera vez al paciente como sujeto es Sigmund Freud, cuando se opone a su maestro, el neurólogo francés Jean Martin Charcot, quien consideraba la histeria como una entidad orgánica típica; Freud consideraba que esta entidad no respondía a los patrones clásicos anatómicos y que debía considerársela como una experiencia vivida desde el interior del paciente.

El enfoque psicoanalítico de la enfermedad planteó una visión que complementaba el enfoque fisiopatológico-clínico. El psicoanálisis abrió las puertas a una comunicación más profunda entre médico y paciente, en la cual hay un intercambio humano intenso y profundo que pone en evidencia los mundos internos, subjetivos y personales de quien escucha y de quien relata. La comunicación permite “descubrir” al otro²⁶, y es la oportunidad de redescubrir nuestro propio mundo interno.

De ésta manera, la entrevista médica tendrá como propósitos: El abordaje, estudio, análisis, el tratamiento de un problema médico y brindará la posibilidad de conocimiento mutuo a dos seres humanos²⁷. La práctica médica es un tipo específico de relación interpersonal y la comunicación representa la manifestación más compleja y elevada en las relaciones humanas.

Durante la entrevista médica el lenguaje y la actitud empleados son esenciales, el médico debe comprender la situación del paciente y el paciente debe captar la disposición a ayudar del médico²⁸. Las conductas que debe seguir el médico se enseñan en los cursos de semiología, y una de las advertencias más frecuentes que hacen los profesores de esta área, es que la semiología se estudia toda la vida. Esto implica a mi manera de ver que:

- Muchas técnicas exploratorias requieren años de práctica para obtener de ellas el mayor provecho.
- Los profesionales requieren una constante actualización para reforzar lo conocido y

aprender lo nuevo.

- Implica que las competencias comunicativas se van adquiriendo como parte de aprendizajes y de cambios personales que implican maduración y desarrollo humano.

En el desarrollo personal cada individuo adquiere experiencias mediante las cuales se representa el mundo y le va dando significados específicos. Mediante la comunicación con los otros se van cambiando las representaciones y los significados, lo que transforma y enriquece la personalidad.

Si bien se espera que las habilidades comunicativas maduren con la experiencia clínica, se considera fundamental entrenarlas en los ambientes académicos de pregrado universitario y por ello hacen parte del currículo médico en muchos países²⁹. En Colombia, se han considerado las competencias comunicativas como aquellas que “determinan la capacidad del médico para percibir y entender necesidades específicas que vive y manifiesta un paciente o una comunidad, y por otra parte, con la habilidad para transmitir su saber y sus acciones de manera que sean claros para los pacientes o las comunidades respondiendo de manera efectiva a sus necesidades. En esta competencia se incluye desde la capacidad para realizar una adecuada entrevista hasta la capacidad para escribir artículos científicos”³⁰.

Informar no es comunicarse.

A pesar de que en la ley Ética Médica (Ley 23 de 1.981) se contempla que es deber del médico informar el estado de salud, el derecho a la comunicación y a la información del estado de salud están plenamente establecidas por la resolución 13437 de 1991 del ministerio de salud, en el cual se constituyen los Comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes³¹. En el artículo 1, numeral 2 se lee: *“... derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria*

²⁰ Acebedo, Jorge. Aspectos característicos de las demandas contra profesionales de la salud en Antioquia. 1992-2002. Médico-Legal. Septiembre –Diciembre 2002. Año VIII, No. p. 50-59.

²¹ López, Mario Demandas a profesionales de la salud (observaciones de casos). Médico-Legal. Enero-marzo 2003. Año IX, No. 1, p 30-39

²² Bernard, Claude Introducción al estudio de la medicina experimental. Traducción por José Joaquín Izquierdo. UNAM, México, 1994.

²³ Miranda Canal, Néstor La medicina en Colombia. De la influencia francesa a la norte-americana. Revista Credencial Historia. Bogotá, Colombia, edición 29, mayo de 1992

²⁴ Reyes-Ortiz C.A. , Gheorghiu, S. Mulligan, T. Olvido de los fenómenos psicológicos en la relación médico-paciente anciano Colombia Médica 1998; 29:134-37

²⁵ Laín Entralgo, Pedro. Op cit, 1983. p.228.

respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve...”

Debo decir que informar no es sinónimo de comunicarse. La información es un acto en una sola vía y debe ser, entre otras, veraz, amplia y suficiente. En cambio, la comunicación implica escuchar al interlocutor. Un componente importante de la comunicación es el lenguaje, que puede ser escrito, oral o preverbal (gestual o no verbal). Es necesario que el médico tenga en cuenta el tono de la voz, la actitud corporal, debe escoger las palabras precisas que transmitan el mensaje que queremos dar y debemos buscar el momento adecuado.

Para Gadamer, “el problema no es dominar correctamente el lenguaje, sino comprender adecuadamente lo que tiene lugar a través del lenguaje”³². En toda comunicación se pueden identificar dos aspectos; uno que tiene que ver con el contenido (transmisión de datos) y otro que tiene que ver con un aspecto relacional (como entender la comunicación). Este último aspecto es el que nos permite entender los dobles sentidos o las segundas intenciones, es decir las mismas palabras cambian su significado dependiendo del tono de voz con que se pronuncien o dependiendo de la actitud corporal que se adopte.

Dentro del ámbito médico, la información fluye continuamente. Los pacientes hablan entre sí en las salas de espera, en las paredes hay carteles (algunos nuevos y otros antiguos que nunca se removieron), las actitudes del personal de salud, las prisas, las caras de preocupación, los comentarios jocosos, la visita de un sacerdote o el fallecimiento de un paciente en una habitación cercana, envían mensajes no demasiado subliminales ³³.

¿Es el diálogo un acto terapéutico?

El movimiento fenomenológico fue iniciado por

Edmun Hursserl (1.859 – 1.938), quien planteaba la necesidad de volver al origen y a la esencia de las cosas. Uno de los enfoques fenomenológicos es la Logoterapia, propuesta por Víctor Frankl, un psiquiatra austriaco que estuvo prisionero en los campos de concentración nazi, quien planteaba la acción terapéutica a través del diálogo entre el terapeuta y su paciente con el fin de buscar el sentido de los conflictos humanos.

La conversación entre médico y paciente es una entrega mutua, que posibilita esclarecer aspectos de la vida del paciente, relacionados directa o indirectamente con la salud y la enfermedad, a veces tan íntimos que no se atrevería a expresarlos a otra persona que no fuera su médico. Esta empatía es fundamentalmente ética porque le damos valor a nuestras relaciones con los demás.

Estas relaciones no existen separadamente, porque como humanos estamos insertos en una estructura de reciprocidad y esa reciprocidad se representa en el diálogo³⁴.

El diálogo contribuye a que el paciente analice aspectos de su vida que influyen en su salud y a que el médico aprenda a ser más tolerante y comprensivo. El médico es la primera medicina, decía el psiquiatra húngaro Michel Balint, ya que a través del diálogo fomenta la respuesta terapéutica³⁵. El diálogo según Martín Buber es un encuentro entre dos personas que se perciben y se aceptan, es un proceso que genera ideas, afectos, nuevos conocimientos y actitudes³⁶.

La importancia de la comunicación en el consentimiento informado.

Hasta no hace muchos años, ejercimos nuestra profesión en un ambiente de paternalismo³⁷. El médico tomaba todas las decisiones sin discutir las con el enfermo. Las órdenes médicas no se discutían pues la autoridad del médico no necesitaba justificación. La ética médica derivada de los conceptos hipocráticos, se encuentra impregnada de paternalismo. Para la muestra...

³²Rubio Sánchez, J.L. La comunicación. Psicología y psicopatología del lenguaje. En: Ridruejo Alonso, P. (Ed). Psicología Médica. McGraw Hill Interamericana. Madrid. Primera edición, 1996. Pp. 347-354.

³³Suros, Juan. Semiología Médica y técnica exploratoria. Salvat editores. 1978. p.2 – 72.

³⁴Rivera, N y Blanco, F. La dimensión comunicativa en la práctica médica “El valor de la entrevista” Revista Cubana Educación Media Superior 2001; 15 (2):301-11.

³⁵ General Medical Council (UK). Tomorrow’s doctor. Recommendations on undergraduate medical education. Feb. 2003. Versión electrónica: http://www.gmc-uk.org/med_ed/tomdoc.pdf, consultada enero 28 de 2014.

³⁶ Ministerio de Educación Nacional, ICFES, ASCOFAME. Exámenes de calidad de la educación superior en Medicina. Guía de Orientación. 2003. Secretaría General, Grupo de Procesos Editoriales – ICFES Bogotá, Colombia julio de 2003. p 21.

“... ni dar a los profanos más explicaciones que las estrictamente necesarias, pues eso suele ser forzosamente una incitación a enjuiciar un tratamiento...”

*“... haz todo esto con calma y orden, ocultando al enfermo, durante tu actuación, la mayoría de las cosas. Dale las órdenes oportunas con amabilidad y dulzura, y distrae su atención; repréndele a veces estricta y severamente, pero otras, anímale con solicitud y habilidad, sin mostrarle nada de lo que va a pasar ni de su entorno actual.”*³⁸

Ni el juramento hipocrático, ni la declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial que lo modificó en 1.948, hacen mención a la autonomía del paciente o a la veracidad del médico³⁹. Hoy este esquema de relación, vertical y paternalista, es cada vez menos válido. Una información veraz y oportuna le permite al paciente entender y participar activamente en su tratamiento, otorgando (o negando) el consentimiento, sin embargo, muchos profesionales de la salud solo ven en el consentimiento informado un obstáculo, un documento que al exponer los riesgos de los procedimientos asusta y confunde a los pacientes. Lo que no tienen en cuenta estos profesionales, es que el diálogo fortalece la relación entre el médico y el paciente y se establece una relación interpersonal directa, inmediata y única entre dos seres humanos, uno con los temores que genera una enfermedad y el otro con el sincero deseo de servir. Según Miguel Kottow, la entrevista médica es el diálogo de dos expertos: el experto médico y el experto en su propia enfermedad.

La enfermedad, la vulnerabilidad y la falta de conocimiento del paciente incrementan la posibilidad de que se presente el paternalismo, sin embargo existe un límite a esta actitud, el respeto a la autonomía. El consentimiento informado debe ser entendido como un proceso que promueve la buena comunicación y la autonomía del enfermo, como “... la expresión de dos voluntades debidamente concededoras, competentes y autónomas que deciden contribuir a un procedimiento científico...”⁴⁰.

El consentimiento informado debe ser un acto intencionado y consciente, acordado entre el paciente y el profesional. La decisión debe ser tomada libre de presiones externas luego de comprender los beneficios y los riesgos de un procedimiento. Una persona es considerada autónoma⁴¹ cuando tiene:

1. Capacidad de comprender la información relevante.
2. Capacidad para comprender las consecuencias de cada decisión.
3. Capacidad para elaborar razonamientos a partir de la información que se le transmite y de su escala de valores.
4. Capacidad para comunicar la decisión que haya tomado.

En caso de que un paciente no cumpla con estos criterios (pacientes psiquiátricos, recién nacidos, deficientes mentales severos, pacientes en coma, pacientes con demencia, etc.), el consentimiento debe ser firmado por un tutor. Muchos enfermos de estos pacientes aspiran a tener un cierto control sobre ellos mismos.

Sánchez Torres⁴² considera que para obtener el consentimiento, es imperativo informar con honestidad al paciente sobre sus condiciones de salud y sobre las opciones terapéuticas. El médico al informar, debe despojarse de todo prejuicio y evitar los juicios de valor. La información debe ser directa, breve, precisa y clara. No debe contener palabras abreviadas o terminología científica ya que esto se convertirá en una barrera para la comunicación, haciendo que el mensaje que se trasmite sea incomprensible.

Con frecuencia, la familia del paciente se opone a que le ofrezcamos información al enfermo tratando de protegerlo de probables “complicaciones”. Ocultar información, no hace desaparecer la enfermedad, es más, muchos pacientes no sólo están enterados del diagnóstico, sino que además solicitan que no le informemos a la familia, con la intención de evitarles sufrimiento y dolor. Se constituye así lo que se ha llamado la conspiración

³¹ Posso, Camilo. Ministerio de Salud. Consulta en línea 6 febrero 2014. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com>

³² Gadamer, citado por Henrik R. Wulff. Introducción a la Filosofía de la Medicina. Editorial Triacastela, Madrid. 2002 p 195.

³³ Montes, José, Pastor. Aldeguer, Vicente. Diaz Fernandez, José. Manual de Gestión Hospitalaria. McGraw-Hill Interamericana de España. Madrid. p. 533.

³⁴ Malherbe, Jean Francois. Hacia una ética de la Medicina. San Pablo, Santafe de Bogotá, 1993. Traducción de: Pour une etique de la medicine, Editions Ciaco, Bruselas, Bélgica. Pp. 24.

³⁵ Balint, Michael. “The Doctor, His Patient and the Illness,” International University Press, Inc., NY, 1957. El Médico, el Paciente y la Enfermedad. Libros Básicos, Buenos Aires, 1961.

³⁶ Buber, Martín. Yo y Tú, Caparrós editores, Madrid 1993, pp17-18

del silencio, que inevitablemente conduce al aislamiento y a la soledad del paciente.

Existen dos posiciones opuestas: Una sostiene que comunicar el diagnóstico y el pronóstico es una crueldad inútil, pues la idea de la muerte aterroriza y hace sufrir, no permite la esperanza, puede desmoralizar, deprimir y generar desesperación e ideas suicidas. La otra posición, defiende una relación transparente basada en la franqueza, en la cual, el deber de informar que tiene el médico se relaciona con el derecho del paciente a estar informado. Estas dos posiciones parecen encontrar respaldo en la Ley de ética médica (Ley 23 de 1.981), capítulo II:

ARTICULO 11. La actitud del médico ante el paciente será siempre de apoyo. Evitará todo comentario que despierte su preocupación, y no hará pronósticos de la enfermedad sin las suficientes bases científicas.

ARTICULO 18. Si la situación del enfermo es grave el médico tiene la obligación de comunicarle a sus familiares o allegados y al paciente en los casos en que ello contribuye a la solución de sus problemas espirituales o materiales.

Existen dos condiciones en las que a pesar de las disposiciones legales, el médico puede guardar silencio. La primera, cuando el médico crea que la información pueda perjudicar al enfermo (esto se denomina privilegio terapéutico), y la segunda, cuando el enfermo no quiere hacer uso de sus derechos y renuncia a ser informado. Para Diego Gracia ⁴³, el privilegio terapéutico es una forma de paternalismo motivado por la idea de no hacer daño al paciente (no maleficencia) y por el deseo de hacerle un bien (beneficencia). Frente a este concepto paternalista, Gracia prefiere utilizar la expresión “excepción terapéutica”.

¿Hay algo que deberíamos cambiar?

A pesar del desarrollo de nuevas tecnologías, sabemos que ninguna de ellas puede sustituir el

diálogo con el paciente. Sin embargo, tenemos importantes problemas de comunicación, basta mencionar como ejemplo un estudio con médicos residentes que interrumpían a sus pacientes en promedio a los 12 segundos de comenzar a manifestar sus preocupaciones⁴⁴.

Otro factor que frecuentemente es mencionado como un problema es el tiempo que los médicos pueden dedicar a los pacientes; sin embargo, parece ser más importante la actitud del médico ante el paciente. Los pacientes perciben que se les ha dispensado más tiempo y se sienten más satisfechos, cuando el profesional tiene una actitud de interés por los problemas del paciente ^{45,46}. La calidad de la comunicación es tan importante que, se ha demostrado una relación directa entre las demandas por mala práctica con una deficiente calidad comunicativa ⁴⁷.

Tradicionalmente los estudiantes desarrollan las actitudes y prácticas comunicativas de forma tácita y espontánea, imitando los modelos que observan de sus profesores⁴⁸. La inclusión de la comunicación en el currículo de las facultades de medicina, busca desarrollar consciente y sistemáticamente las habilidades comunicativas para que los estudiantes tengan procesos más pertinentes y asertivos. Humanizar la práctica médica y mejorar la comunicación entre médico y paciente puede mejorar la calidad de la atención y reducir las demandas por mala práctica⁴⁹. La OMS ha reconocido la importancia del rol comunicativo del médico y considera que es una de las principales funciones que debe desarrollar ⁵⁰.

El desarrollo de la relación médico-paciente exige un cambio de la mentalidad y actitud de los médicos, que no se consigue mediante obligaciones legales. Los médicos debemos buscar que el consentimiento informado sea un verdadero proceso de diálogo y que se respeten sus elementos básicos: voluntariedad, información en cantidad suficiente y de forma comprensible, para con todo ello asegurar una decisión autónoma del paciente.

³⁷ Beauchamp define el paternalismo de la siguiente manera: 1) la limitación intencionada de la autonomía de una persona por parte de otra. 2) cuando la persona que limita la autonomía apela exclusivamente a motivos de beneficencia hacia la persona cuya autonomía está limitada. *Ética Médica. Las responsabilidades morales de los médicos.* Editorial Labor S.A. 1987 p 98.

³⁸ Hipócrates en *Sobre la Decencia*. Citado por Beauchamp, Tom y McCullough, Laurence en *Ética Médica. Las responsabilidades morales de los médicos.* Editorial Labor S.A. 1987 p 67.

³⁹ Beauchamp, Tom. Childress, James. *Principios de Ética Biomédica.* Editorial Masson. Barcelona. 1999. p 379.

⁴⁰ Giselle Núñez González. El consentimiento informado como vía de comunicación en la relación médico-paciente. En línea. www.cbioetica.org/revista/73/731922.pdf. consultado 1 nov. 2008 10:34.

A manera de conclusiones

Algunos médicos creen tener el derecho y el deber de ser paternalistas, se apoyan en el principio hipocrático de la beneficencia, promueven la salud del paciente, pero no su autonomía. Tal actitud es más notoria cuando el paciente pertenece a niveles socio-económicos bajos.

El deber de informar de manera veraz está basado en el respeto a los demás y está íntimamente relacionado con el consentimiento informado. El consentimiento no puede expresar autonomía si no es informado. Sin comunicación entre el médico y el paciente no solo no hay consentimiento realmente libre e informado, sino que no hay respeto a la autonomía del otro, condición sin la cual no hay libertad.

Además de hablar menos con los pacientes, los escuchamos menos. Con frecuencia olvidamos que el diálogo es uno de los mejores instrumentos diagnósticos y terapéuticos, no reemplazable por ningún aparato o equipo tecnológico.

No existen fórmulas mágicas para la comunicación, el médico, en cada caso deberá emplear las técnicas de comunicación que haya desarrollado y deberá decidir cuál es la mejor forma de acercarse a cada paciente. Es de gran utilidad saber qué es lo que el paciente sabe de su enfermedad y qué es lo que quiere saber. Comunicar los diagnósticos o los pronósticos, no es sinónimo de apabullar al paciente con detalles minuciosos de la evolución o con estadísticas que en primer lugar al paciente no le interesan y en segundo lugar lo hacen sentir como un número.

Si la familia nos solicita que ocultemos información, debemos intentar convencerlos de que la mejor opción es la sinceridad recíproca, pero si debemos tomar una posición, debemos inclinarnos por el enfermo, con él es con quien hemos hecho un pacto de honestidad, son sus sentimientos y su bienestar lo que nos incumbe.

En el momento de programar los tiempos necesarios para la práctica clínica, se debería tener en cuenta la importancia de la comunicación. La comunicación adecuada mejora las relaciones, aumenta la confianza en los profesionales y facilita el proceso diagnóstico y terapéutico. Mejora la autoconfianza y disminuye la sensación de dependencia.

Para salvaguardar la intimidad y la dignidad de los pacientes, la confidencialidad y la verdad deben presidir la relación clínica, sin embargo al comunicar malas noticias, debemos adecuar la comunicación a lo que la persona vaya deseando conocer, buscando el momento y los espacios físicos propicios para facilitar la comunicación.

La comunicación desde la verdad, es indispensable para la autonomía del usuario, pero también lo es para la beneficencia del profesional. La dependencia que produce la enfermedad, una hospitalización o la imposibilidad de cuidarse por sí mismo, no tiene por qué causar una disminución o una pérdida de la autonomía. Lejos de ser argumento para el paternalismo, la dependencia es argumento para buscar las mejores formas que ayuden al desarrollo de la autonomía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acebedo, Jorge. Aspectos característicos de las demandas contra profesionales de la salud en Antioquia. 1992-2002. Médico-Legal. Septiembre –Diciembre 2002. Año VIII, No. p. 50-59.
2. Albertson, GA; Schilling, LM; Cyran, EM; Anderson, SN; Ware, L; Anderson, RJ. Is patients' perception of time spent with the physician a determinant of ambulatory patient satisfaction? Arch Intern Med 2001 Jun 11; 161 (11):1437-42.
3. Balint, Michael, "The Doctor, His Patient and the Illness," International University Press, Inc., NY, 1957. El Médico, el Paciente y la Enfermedad. Libros Básicos, Buenos Aires, 1961.
4. Barona, Ricardo Derechos y obligaciones en la relación médico-paciente. Médico-Legal. Revista oficial de la

⁴¹ Costa Alcaraz, Ana María. Almendro Padilla, Carlos. Los principios de la Bioética: Autonomía. En línea. <http://www.fisterra.com/formacion/bioetica/autonomia.asp>. Consultado 17-10-08; 16:40

⁴² Sánchez Torres, Fernando. Catecismo de Ética Médica. Editorial Herder. Barcelona. 2000. p 86.

⁴³ Gracia Guillén, Diego. Citado por Juan Carlos Siurana. Voluntades Anticipadas. Una Alternativa a la Muerte Solitaria. Editorial Trotta. Madrid 2005. p 22

⁴⁴ Rhoades DR; McFarland KF; Finch WH; Johnson AO Speaking and interruptions during primary care office visits. Fam Med 2001 Jul-Aug;33(7):528-32

⁴⁵ Beckman HB; Frankel RM The effect of physician behavior on the collection of data. Ann Intern Med 1984 Nov;101(5):692-6

⁴⁶ Albertson GA; Schilling LM; Cyran EM; Anderson SN; Ware L; Anderson RJ Is patients' perception of time spent with the physician a determinant of ambulatory patient satisfaction? Arch Intern Med 2001 Jun 11;161(11):1437-42

- Sociedad colombiana de Anestesiología y Reanimación SCARE y del Fondo especial para el auxilio solidario de Demandas FEPASDE. Mayo-agosto 2001. Año VII, No. 2. P. 55-65
5. Beauchamp, Tom. Childress, James. Principios de Ética Biomédica. Editorial Masson. Barcelona. 1999. p 379.
 6. Beauchamp, Tom. McCullough, Laurence. Ética Médica. Las responsabilidades morales de los médicos. Editorial Labor S.A. 1987 p 67.
 7. Beckman HB; Frankel RM The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984 Nov; 101(5):692-6
 8. Bernard, Claude Introducción al estudio de la medicina experimental. Traducción por José Joaquín Izquierdo. UNAM, México, 1994.
 9. Buber, Martín. Yo y Tú, Caparrós editores, Madrid 1993, pp17-18
 10. Costa Alcaraz, Ana María y Almendro Padilla, Carlos. Los principios de la Bioética: Autonomía. En línea. <http://www.fisterra.com/formacion/bioetica/autonomia.asp>. Consultado 17-10-08; 16:40
 11. Diccionario de la RAE. Consulta en línea 12 febrero 2014. <http://www.rae.es/Duffy, F.D. Dialogue The Core Clinical Skill - Editorial - Ann Intern Med. 1998;128:139-141>
 12. Emanuel, E. and Neveloff, N. Preserving the Physician Patient Relationship en the era of Management Care. *JAMA*, 1995;273 (4):323-329.
 13. Foucault, Michael. El nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada médica. Siglo XXI editores. 1989. p. 270.
 14. Galeano, Ernesto Cesar. Modelos de comunicación. Consulta en línea 20 enero 2014. Disponible en www.docencia.udea.edu.co/edufisica/motricidadycontextos/modelos.
 15. General Medical Council (UK). Tomorrow's doctor. Recommendations on undergraduate medical education. Feb. 2003. Version electrónica: http://www.gmc-uk.org/med_ed/tomdoc.pdf, consultada enero 28 de 2014.
 16. Gilbert Hottois. ¿Qué es la Bioética? Edición Universidad El Bosque. Bogotá. 2007. pp 16 – 17.
 17. Gracia Guillén, Diego. Citado por Juan Carlos Siurana. Voluntades Anticipadas. Una Alternativa a la Muerte Solitaria. Editorial Trotta. Madrid 2005. p 22
 18. Laín Entralgo, Pedro. La relación médico – enfermo, historia y teoría. Alianza editorial. Madrid, 1983. p. 19.
 19. Laín Entralgo, Pedro. Introducción a una antropología médica. En: *Antropología Médica*. Salvat. Barcelona, 1985.
 20. Levinson W; Roter DL; Mullooly JP; Dull VT; Frankel RM Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997 Feb 19; 277(7):553-9.
 21. Levinson W. Physician-patient communication. A key to malpractice prevention. *JAMA* 1994; 272: 1619-20.
 22. López, Mario Demandas a profesionales de la salud (observaciones de casos). *Médico-Legal*. Enero-marzo 2003. Año IX, No. 1, p 30-39
 23. Mainetti, José. Bioética médica, III parte: Modernidad, en: Mainetti, J. *Ética Médica – Consulta en línea* 01-02-2014. Disponible en: <http://www.elabe.bioetica.org/34.htm>
 24. Malherbe, Jean Francois. Hacia una ética de la Medicina. San Pablo, Santafe de Bogotá, 1993. Traducción de: Pour une etique de la medicine, Editions Ciaco, Bruselas, Bélgica. p. 24
 25. Marcus BH, Simkin LR. Pshysiclans' perceptions of their role in cardiovascular risk reduction. *Prev Med*; 18: 45-58 (1994).
 26. Ministerio de Educación Nacional, ICFES, ASCOFAME. Exámenes de calidad de la educación superior en Medicina. Guía de Orientación. 2003. Secretaría General, Grupo de Procesos Editoriales – ICFES Bogotá, Colombia julio de 2003. p 21.
 27. Miranda Canal, Néstor La medicina en Colombia. De la influencia francesa a la norte-americana. *Revista Credencial Historia*. Bogotá, Colombia, edición 29, mayo de 1992
 28. Montes, José. Aldeguer, Vicente. Diaz, Fernandez, José. Manual de Gestión Hospitalaria. McGraw-Hill Interamericana de España. Madrid. p. 533.
 29. Núñez González, Giselle. El consentimiento informado como vía de comunicación en la relación médico-paciente. Consulta en línea 1 nov. 2008:10:34. Disponible en www.cbioetica.org/revista/73/731922.pdf.
 30. Organización Mundial de la Salud Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata (URSS). Ginebra: OMS. (1986).
 31. Ortiz, F. Modelos Médicos. McGraw Hill - Interamericana, Primera Edición, México 2001. Pp 61 - 77.
 32. Oyarzún, F. Consideraciones sobre la humanización y deshumanización de la psiquiatría. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*. Universidad Austral de Chile; 2001 (1):16-18.
 33. Posso, Camilo. Decálogo de los derechos del paciente. Ministerio de Salud. Consulta en línea 6 febrero 2014. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com>

⁴⁷ Levinson W; Roter DL; Mullooly JP; Dull VT; Frankel RM Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997 Feb 19;277(7):553-9

⁴⁸ Marcus BH, Simkin LR Pshysiclans' perceptions of their role in cardiovascular risk reduction. *Prev Med*; 18: 45-58 (1994)

⁴⁹ Levinson W. Physician-patient communication. A key to malpractice prevention. *JAMA* 1994; 272: 1619-20.

⁵⁰ Organización Mundial de la Salud Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata (URSS). Ginebra: OMS. (1986).

34. República de Colombia. Ley 23 de 1981. Ley de Ética Médica.
35. Reyes-Ortiz, C.A. Gheorghiu, S. Mulligan, T. Olvido de los fenómenos psicológicos en la relación médico-paciente anciano Colombia Médica 1998; 29:134-37
36. Rhoades DR; McFarland KF; Finch WH; Johnson AO Speaking and interruptions during primary care office visits. Fam Med 2001 Jul-Aug;33(7):528-32
37. Rivera, N y Blanco, F. La dimensión comunicativa en la práctica médica "El valor de la entrevista". Revista Cubana Educación Media Superior. 2001;15(2):301-11.
38. Rodríguez Gama, Álvaro. Enciclopedia académica sobre el lenguaje de las ciencias de la salud. División de procesos editoriales. Secretaria General-ICFES. Santafé de Bogotá. 1999. p. 2.
39. Rubio Sánchez, J.L. La comunicación. Psicología y psicopatología del lenguaje. En: Ridruejo Alonso, P. (Ed). Psicología Médica. McGraw Hill Interamericana. Madrid. Primera edición, 1996. Pp. 347-354.
40. Sánchez Torres, Fernando. Catecismo de Ética Médica. Editorial Herder. Barcelona. 2000. p 86.
41. Shön, Donald. El profesional reflexivo. Cómo piensan los profesionales cuando actúan. Temas de educación Paidós. No. 47. Traducción José Bayo. 1ª. Edición 1998. (The reflective practitioner, How professionals think in action. Basic Books, a division of Harper Collins Publishers, 1983). P. 28.
42. Subcommittee on Evaluation of Humanistic Qualities of the Internist. American Board of Internal Medicine. Evaluation of humanistic qualities of the internist. Ann Intern Med. 1983; 99:720-724.
43. Suros, Juan. Semiología Médica y técnica exploratoria. Salvat editores. 1978. p.2 – 72.
44. Wulff, Henrik R. Introducción a la Filosofía de la Medicina. Editorial Triacastela, Madrid. 2002 p 195.



Predispone a enfermedades pulmonares en los niños.
Predispone a bajo peso al nacer.
Guarda relación con enfermedades cardíacas, cerebrales y pulmonares del adulto.