

La relación entre médico y paciente: Una vida en común.

*Jesús Rodríguez Marín**

Rector de la Universidad Miguel Hernández de Elche

ILMO. SEÑOR PRESIDENTE,
ILMOS. SEÑORES ACADÉMICOS,
ILMO. SR. DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UMH,
ILMO. SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE ALICANTE,
QUERIDOS AMIGOS Y AMIGAS,
SEÑORAS Y SEÑORES.

Me dan, queridos académicos, la oportunidad no sólo de compartir su prestigio, sino también algo más valioso que el prestigio, el poder servir a las ciencias de la salud, de la forma más distinguida y eficaz, en el seno de la Real Academia Valencia de Medicina.

Mi más sincero agradecimiento a todos los miembros de la Academia por este honor y esta oportunidad. Públicamente declaro que me esforzaré en corresponder con mi trabajo en la medida de mi saber y mi esfuerzo.

Permítanme ustedes que agradezca de forma especial al Señor Presidente, Profesor Antonio Llombart su afecto con el que me ha distinguido, y al Profesor Justo Medrano su cordial ayuda.

Gracias al Ayuntamiento de Elche por haber prestado este Salón de Plenos.

Y gracias a todos ustedes, por la amabilidad de su presencia.

Relevancia de la relación médico-paciente.

He pasado treinta años hablando a mis estudiantes de la FM sobre la relación MP. Y casi los mismos años he venido oyendo en cada conferencia y en cada discurso en los actos de graduación de nuevos licenciados en M, la importancia de la relación MP. Henry Sigerist decía que la relación entre el médico y el enfermo es el núcleo de la asistencia médica, del acto médico, y José María López Piñero añadía que “en cada acto médico, que es un hecho radicalmente social, hay siempre dos partes implicadas, el médico y su paciente”. Su relación trenza una biografía inseparable, la biografía de una vida común.

Análisis de la relación médico-paciente.

Don Pedro Laín Entralgo, en su obra “La relación médico-enfermo. Historia y teoría”, en 1964, definió la relación médico-paciente diciendo que “es una cooperación cuasi-diádica de ayuda enderezada hacia el logro del hábito psicossomático que solemos llamar salud”.

¿Cómo se analiza esa articulación, ese encuentro cooperativo?

Para Laín, que “la teoría de la relación entre el sanador y el enfermo pueden ser elaborada en dos planos distintos. Uno más amplio y básico, más genérico, aquél en que coinciden todos los posible modos de la relación sanadora desde los más primitivos hasta los técnicamente más complicados, el del actual neurocirujano... Pero la teoría de la acción sanadora puede también ser construida en un plano más restringido y menos fundamental, el propio de la relación técnica entre el paciente y el sanador, que en este caso debe recibir ya el nombre de médico.” Esta es la que me interesa aquí.

Lawrence J. Henderson, contemporáneo de H. Sigerist, introdujo el concepto de sistema social para analizar la relación entre médico y paciente. A comienzos de los años 30, Henderson, que ya había aplicado la teoría de sistemas en sus estudios en el campo de la Fisiología, aplicó esa teoría a las relaciones interpersonales, que explicó como pautadas y enraizadas en expectativas socio-culturales sobre los roles sociales de los miembros del grupo, en el contexto de un subsistema social cuya integridad se mantiene por homeostasis. En los años 1960, Talcott Parsons prolongó la visión que Henderson tenía de la relación médico-paciente como parte de un sistema social, y le dio expresión dentro de la teoría sociopsicológica funcionalista (Parsons, 1966).

El modelo funcionalista de la relación médico-paciente.

De acuerdo con esa teoría:

1. La salud es una necesidad funcional de los miembros individuales de la sociedad, de modo que el funcionamiento del sistema social, un nivel general demasiado bajo de salud (o un nivel demasiado alto de enfermedad) es socialmente disfuncional, y por ello el propio sistema social provee un subsistema para resolver los problemas de salud de sus miembros.

2. Ese subsistema (que ahora denominamos sistema sanitario o de servicios de salud) integra, entre muchos otros, dos posiciones sociales complementarias: la de médico y la de enfermo/paciente. A esas dos posiciones sociales corresponden dos roles o papeles sociales.

3. Esos roles sociales, implicados en el cuidado de la salud, son un sector pautado de la cultura y ,por tanto, implican secuencias comportamentales aprendidas, y socialmente compartidas, que se expresan en la relación médico-paciente.

4. Esa relación entre médico y paciente tiene unas características generales.

En primer lugar, es básicamente una relación entre dos personas, que Weizsäcker llamó “camaradería itinerante”, y que Laín denominó “cuasi-diada”, que incorpora la relación de ayuda, consejo, educación y asistencia médica.

En segundo lugar, es una relación de desigualdad o asimétrica. Las dos posiciones no están al mismo nivel: “el médico se halla cumpliendo su papel específico profesional, por lo que esta relación es para él un acto cotidiano... el enfermo se encuentra en una situación excepcional. La consecuencia inmediata de esta realidad es que no resulta objetivo plantearla, suponiendo una situación de igualdad” (J.M. López Piñero).

En tercer lugar, es un tipo de relación dentro del conjunto más general de las relaciones de asistencia o ayuda. Es una interacción entre la persona que ayuda y la persona que necesita y recibe la ayuda. Esta relación de ayuda incorpora la relación de consejo, mediante la cual un hombre ayuda a otro para éste tome una decisión en su vida. Como Laín Entralgo señaló, “la relación médica vincula

mutuamente a dos hombres. En ella se articulan más o menos eficaz y armoniosamente el menester de un hombre y la capacidad de otro hombre para remediar ese menester.”

La relación de ayuda o asistencia incorpora también la asistencia médica. “Quien como médico ayuda a un enfermo trata de que este adquiera, en palabras de Laín, un hábito psicosomático; que no es otra cosa que la salud” (Laín).

En cuarto lugar, es una relación de espera, de esperanza. El asistido espera que le ayuden, pero también el que asiste espera que el asistido haga determinadas cosas (que sea sincero, que cumpla las recomendaciones, etc.).

En cuarto lugar, es una relación de confianza mutua.

En quinto lugar, es fundamentalmente verbal. La palabra es el principal intermediario de la relación, aunque es obvio que entran en juego otros elementos no verbales. La palabra es tan importante en este tipo de relación que en muchas ocasiones se ha hablado de "curación por la palabra".

Por su parte, cada uno de los papeles sociales tiene unas determinadas características:

El papel del médico pertenece al grupo de roles profesionales. Es un papel social adquirido y, en cuyo desempeño, los criterios de competencia técnica son prominentes. Hay una conexión estrecha entre la característica de estatus adquirido y los requisitos de alta competencia técnica. Además, el alto nivel de competencia técnica que se exige para el desempeño del rol implica que las pautas de éste sean "universalmente adscritas". Dicho de otro modo, la posibilidad de adquirir el estatus profesional de médico debe estar abierta "para todos" y el médico debe estar al servicio de todos.

La alta competencia técnica implica, asimismo, la especificidad funcional. En virtud de su papel, el médico es un especialista, cuya superioridad se limita al campo específico de su experiencia y entrenamiento técnicos. La especificidad de la competencia del médico define la relación con el paciente y la regula de manera que se excluyan alternativas posibles en la relación que pueden resultar lesivas para el paciente o para el propio médico. En la medida en que su actividad consiste en aplicar los conocimientos científicos, él médico ha de ocuparse de los problemas en términos objetivos, científicamente justificables, es decir ha de ser "afectivamente neutral". Como escribió Laín, “el médico no puede serlo sin convertir en objeto contemplable el cuerpo del enfermo...El médico debe “operar”, bien mediante fármacos, bien mediante intervenciones manuales, sobre la realidad física de quien ha requerido su ayuda, y por tano “manejar” esa realidad, hacerla instrumento pasivo de un intención terapéutica.”

Finalmente, el rol de médico implica la obligación de poner el "bienestar del paciente", cualquiera que sea, por encima de sus propios intereses

Por su parte, dentro de este modelo de análisis, el papel social de paciente es complementario al del médico (lo que no es peyorativo, sino descriptivo); es un papel dependiente del médico; es temporal; es universalista (en cuanto a cuáles son los criterios objetivos generalizados de diagnóstico de la enfermedad); es funcionalmente específico (puesto que se reduce a la esfera de la salud); y tiene una orientación afectivamente neutral, en la medida en que las conductas esperadas se ejecuta para resolver un "problema objetivo".

Además, primero, el enfermo (paciente) está exento de las responsabilidades en el desempeño de otros roles sociales normales (que debe ser legitimada por sanción social, en el caso del enfermo, y por sanción "profesional" en el caso del paciente); segundo, el enfermo no es responsable de su condición, y no puede salir de ella por un simple acto de decisión o deseo (el paciente, por lo general, sí es responsable de su condición de tal); tercero, el enfermo (también como paciente) debe querer sanar; y

cuarto, el enfermo tiene "la obligación" de buscar ayuda "técnicamente competente" (por lo general de un médico), y cooperar en su recuperación.

Crítica al modelo funcionalista.

Casi contemporáneamente al análisis parsoniano, otro relevante sociólogo médico Freidson (1961; 1978) ya señaló que la visión de Parsons sobre los roles del paciente y del médico era demasiado abstracta y válida quizás en la sociedad industrial moderna occidental, pero no en todas las sociedades humanas; que ignoraba las expectativas de todos los demás miembros del conjunto de rol (las de los pacientes, familiares, y otros profesionales sanitarios); y, finalmente, ignoraba la presencia del conflicto en las relaciones humanas. Por ello, Freidson entendió que la relación entre médico y paciente se puede analizar mejor como un "choque de perspectivas", la del médico que espera que el paciente acepte y cumpla sus recomendaciones en sus propios términos, y la del paciente que busca un servicio también en sus propios términos (Freidson, 1961).

En la misma línea, Szasz y Hollender completaron el modelo añadiendo diferentes tipos posibles de la relación entre médico y paciente, describiendo las expectativas comportamentales de ambos en función, sobre todo, del tipo de enfermedad. Dicho de otro modo, para esos autores, los comportamientos de rol varían según la enfermedad de que se trate, y cabe establecer tres tipos de relación posibles:

1. Relación de actividad-pasividad. En ella el médico es activo y el paciente pasivo. Es la relación que se da en situaciones de emergencia, como heridas muy graves, hemorragia masiva, estado de coma, etc.). El tratamiento se produce sin contribución por parte del paciente.

2. Relación de guía-cooperación. Este tipo de relación se da en la mayoría de las enfermedades agudas. Aunque el paciente está enfermo, es consciente de lo que está pasando y es capaz de cumplir las prescripciones terapéuticas y tomar ciertas decisiones.

3. Relación de participación mutua. Este tipo de relación se da sobre todo en la gestión de la enfermedad crónica, en la que el programa de tratamiento bascula sobre el paciente con consultas ocasionales al médico. Es el caso, por ejemplo, de la diabetes, de la hipertensión, de la psoriasis, etc. El médico ayuda al paciente a ayudarse a sí mismo.

Así pues, la naturaleza de la relación médico-paciente es dinámica: el mundo social del paciente, su condición física, el estadio y tipo de enfermedad, y los factores culturales y demográficos, tienen relevancia para el tipo de relación que el paciente desea y espera y para el tipo de relación que el médico establece. Como todas estas condiciones cambian, la relación también cambia (Szasz y Hollender, 1956). Cada médico tiene su propia manera de manejar la relación, y su propio estilo, que modula la representación de su papel social.

Sobre la base de esos estilos, Byrne y Long (1976) han identificado dos tipos diferentes de interacción: la relación centrada en el médico, una pauta de interacción en la cual el médico plantea preguntas que exigen respuestas breves, centradas principalmente en el problema que el paciente ha mencionado, generalmente mediante la expresión de los síntomas, y sin discutir otros problemas. Y la relación centrada en el paciente, en la que el rol del médico es menos controlador, formula preguntas de respuesta abierta que permiten al paciente dar más información e introducir respuestas que pueden ser pertinentes, evita usar jerga médica y permite que el paciente participe en la medida de lo posible en la toma de decisiones.

En cualquier caso, el médico debe conseguir el cumplimiento de sus prescripciones terapéuticas si quiere conseguir el objetivo del restablecimiento de la salud del paciente. ¿Cómo puede hacerlo en el marco de la relación que hemos descrito?

Como toda relación entre personas, la relación médico paciente es básicamente un proceso de comunicación.

La comunicación entre el médico y paciente.

La forma y contenido de la comunicación entre el médico y el paciente dependen de la naturaleza de la relación que se establece entre ellos.

Se podrá argumentar que la destreza comunicativa del médico es de una importancia relativamente menor cuando se compara con la destreza y el conocimiento bio-técnicos que son necesarios. (El ejemplo del personaje “House”). Sin embargo, los conocimientos y técnicas adecuados para la buena comunicación (conocimientos psico-técnicos) son igualmente esenciales puesto que juegan un papel vital para una buena identificación y comprensión del problema, y también para la determinación de la medida en la que el tratamiento va a ser seguido por el paciente.

Si no podemos obtener una buena historia, no podremos establecer un buen diagnóstico; si no podemos obtener una buena información, subjetiva y objetiva, no podremos establecer una buena pauta terapéutica; y si no podemos establecer una buena base para que los pacientes cumplan el tratamiento, o si no vuelven para su seguimiento, entonces los mejores niveles de destreza y conocimiento bio-técnicos pueden ser totalmente inútiles para el objetivo básico de la relación. (Weinman, 1981).

La función de la comunicación no es sólo transmitir información (función informativa) en las dos direcciones, sino también estimular la ejecución de ciertos comportamientos (función promotora) y elicitar determinadas emociones (función evocadora), generando influencia social. Pero ciertamente la comunicación informativa es un tema central en el ámbito de la comunicación entre médico y paciente.

Los estudios realizados ponen de relieve que hay diferencias en el contenido de la información: Los médicos subestiman la importancia de la información sobre diagnóstico y pronóstico, y sobreestiman la importancia de la información sobre el tratamiento. Los pacientes, por el contrario, desean tener información sobre el diagnóstico, el pronóstico y las causas de su enfermedad.

Igualmente, hay diferencias importantes entre la cantidad de información que el paciente desea obtener y la que el médico está dispuesto a dar. Una gran proporción de pacientes se queja de que no reciben bastante información por parte de los médicos que los tratan. La falta de información puede ser problemática y suele generar incertidumbre y ansiedad.

Una buena comunicación ayuda a un buen proceso terapéutico y, además, tiene en sí misma de un valor terapéutico.

¿Qué factores influyen en la comunicación entre médico y paciente?

1. El marco de la interacción. El marco de la consulta médica suele ser poco adecuado para una comunicación eficaz. Una persona que se siente enferma, incómoda, y, muchas veces, angustiada, debe comunicar sus problemas a otra, frecuentemente extraña, y responder a preguntas a veces complicadas, y, muchas veces, muy personales e íntimas, en un marco de consultas física y psicológicamente inadecuado. En esa situación es fácil suponer que la capacidad de comunicación del paciente puede verse muy mermada. Por su parte, el médico tiene que conseguir una información relevante en el menor tiempo posible, en una situación de presión laboral (agenda repleta y muchas personas

esperando en la sala). Así, hay muchas fuentes potenciales de tensión y fallos de comunicación (Taylor, 1986).

2. La estructura del sistema sanitario. En general, en la estructura de los servicios sanitarios actuales, la actuación del profesional suele evaluarse sobre la base del número de "actos médicos" realizados. Por ello, se ve presionado para llevar a cabo tantos "actos médicos" como sea posible. El resultado suele ser que se producen consultas muy cortas y muchas remisiones a especialistas para solucionar el problema o para realizar pruebas diagnósticas. Aunque los niveles de eficacia bio-técnica pueden ser altos, los niveles de eficacia psico-técnica suelen ser muy bajos.

3. La conducta del médico. Hay diversas conductas del médico que pueden contribuir a una comunicación defectuosa. Una de las importantes a este respecto es el uso de la jerga médica. La jerga técnica médica es, sin duda, útil para aumentar la precisión en las comunicaciones entre profesionales, pero no en la comunicación con el paciente.

Los aspectos afectivos de la relación también son importantes. Una queja frecuente de los pacientes es que muchos médicos no parecen interesarse por sus problemas. Con un estilo centrado en el médico, una gran parte del diálogo en la consulta trata de los aspectos técnicos de la enfermedad y se tiende a ignorar el punto de vista del paciente acerca del problema.

Este fallo en la comprensión de los problemas particulares del paciente parece reflejar en parte las diferencias en la percepción de los problemas clínicos entre médico y enfermo. Para el médico el problema está construido en términos de ciertos cambios biológicos, pero para el paciente el problema tiene también facetas psicológicas y sociales.

Un problema importante relacionado con los aspectos afectivos, y que perturba seriamente la relación entre médico y paciente es la despersonalización del paciente (Kaufman, 1970). El trato impersonal puede emplearse de forma voluntaria e intencionada para mantener al paciente tranquilo durante la entrevista, el examen, o la prueba diagnóstica que se le esté practicando; pero también puede ser una conducta "automática", en la medida en que los pacientes se han convertido en objetos de la atención del profesional. Esa "objetivación" del paciente, mediante una distanciaci3n psicol3gica (que en su versi3n patol3gica se califica de "cinismo profesional"), puede ser importante para conseguir "sacar" al paciente de la consulta y quedarse s3lo con su m3quina corporal. De esa forma, el m3dico consigue actuar como si el paciente fuera una persona que "lleva su cuerpo a reparar", y que es mejor que "se vaya" mientras 3l se ocupa de "solucionar la avería" (Goffman, 1961). Ciertamente, el trato impersonal puede emplearse en momentos particularmente estresantes para que el paciente se quede m3s tranquilo, y para que el profesional pueda concentrarse en los aspectos biol3gicos de la situaci3n. As3, la despersonalizaci3n puede tener ciertos efectos positivos para la relaci3n terap3utica en algunos momentos, permitiendo la protecci3n emocional de los profesionales, pero tiene efectos muy perturbadores y negativos, al impedir una buena comunicaci3n.

Finalmente, el estilo de interacci3n del m3dico tiene, adem3s, un efecto importante sobre su propia capacidad para efectuar un diagn3stico adecuado. Si adopta la pauta "centrada en el paciente", da informaci3n adecuada y discute m3s detalles, entonces tambi3n recibir3 m3s informaci3n del paciente, y tendr3 m3s capacidad para realizar un diagn3stico m3s preciso (Sarafino, 1990).

4. La conducta del paciente. Si el estilo del médico en la relación con el paciente es importante, también lo es el estilo de interacción del paciente. A este respecto, Shelley Taylor definió dos tipos de paciente “el buen paciente” y el “mal paciente”. Algunas veces los pacientes se comportan de una manera que vulnera la relación, insistiendo en que se le practique una determinada prueba, o se le proporcione un determinado tratamiento, que en opinión del profesional es innecesario; o pidiendo al médico que certifique una enfermedad o discapacidad inexistente; o expresando críticas o manifestando su irritación contra el profesional, incluso con conductas agresivas. Por ejemplo, en el Diario Médico del 4 de noviembre de 2010, aparece un reportaje titulado “El médico se forma en autoprotección”, en el que se informa que más de 3.000 profesionales sanitarios han pasado ya por el taller de autoprotección integral del personal sanitario, que se imparte en Cataluña desde 2007, para formarse en la prevención y defensa de las agresiones, tanto físicas como verbales. Como se dice en el reportaje, las agresiones físicas y psíquicas al personal sanitario de atención primaria, psiquiatría y urgencias están de triste actualidad.

Otro tipo de conducta del paciente que perturba la buena comunicación es la manera de describir los síntomas o dónde centra la descripción. Por ejemplo, pacientes que experimentan la misma enfermedad pueden describir sus síntomas de forma muy diferente. Posiblemente, lo hacen así porque perciben e interpretan síntomas diferentes. Cuando informa sobre sus síntomas un paciente puede describir sólo aquellos que le parecen importantes, de forma que puede proporcionar al médico claves falsas sobre sus problemas reales.

Un tercer tipo de problemas en la comunicación puede producirse cuando el paciente no es capaz de explicar o describir sus síntomas en términos que el médico pueda entender. Por ejemplo, cuando el paciente es un niño, o cuando habla un idioma diferente, o cuando su capacidad cultural no se lo permite.

También los factores emocionales del paciente pueden trastornar la buena comunicación con el médico. Cuando un paciente está ansioso, su capacidad de aprendizaje se ve alterada, tiene dificultad para concentrarse, para recibir y para emitir información, y afecta a la capacidad para retener la información (Bush y Osterweis, 1978).

5. Características del paciente y del médico. La comunicación entre el médico y el paciente puede verse afectada por las características sociodemográficas y psicológicas de ambos (Roter y Hall, 1992):

En primer lugar, puede producirse una asociación involuntaria, e incluso indeseada, entre el proceso de cuidado del paciente y sus características socio-demográficas, debida a la ignorancia mutua de normas culturales y sociales, que pueden conllevar dificultades en la comunicación. Aquí, juegan su papel la edad, el sexo, o el estatus socioeconómico.

En segundo lugar, los médicos, como todo el mundo, se ven influidos por estereotipos. Así, comparten las mismas actitudes negativas ante la pobreza, la vejez, la falta de atractivo físico, que el resto de la sociedad. Naturalmente, sus actitudes negativas hacia algunos de los atributos sociales de sus pacientes, o sus presunciones sobre su personalidad, motivación, o nivel intelectual, tienen una repercusión evidente en la comunicación. Las actitudes específicamente referidas al paciente, y vehiculadas por las características sociodemográficas mencionadas son igualmente relevantes. Obviamente, la actitud del médico respecto a las mujeres (si es hombre), o respecto a los negros (si es blanco), o respecto a los gitanos (si es payo), etc., determinará el proceso de comunicación.

Un segundo grupo de características importantes en la comunicación entre el médico y el paciente son sus características psicológicas. Por lo general, las características psicológicas del paciente son tan sólo "percibidas" por el médico (salvo en el caso de la psiquiatría, claro), pero muy rara vez evaluadas técnicamente. Sin embargo, aún como percibidas tienen su influencia en la comunicación, sobre todo en la cantidad y tipo de información que el médico da a su paciente. Hay datos que apoyan la idea de que el médico proporciona más o menos información, o de un tipo u otro, en función, entre otras cosas, de dos variables psicológicas "percibidas" en el paciente: el nivel intelectual y su control emocional, sobre todo cuando se trata de "malas noticias" (López-Roig, Pastor, y Rodríguez-Marín, 1994).

En suma, la relación médico-paciente se establece con el objetivo de conseguir resolver el problema de salud del paciente, y se produce básicamente mediante la comunicación, cuya función es fundamentalmente informativa y persuasiva, y necesaria para conseguir que el paciente tenga información y cumpla las prescripciones terapéuticas.

De manera que ese cumplimiento del régimen terapéutico (qué es básico para la recuperación de la salud del enfermo) viene determinado en gran parte por la relación médico-paciente. Lo que por sí mismo subraya ya la enorme relevancia de esa relación.

El cumplimiento de las prescripciones terapéuticas.

La importancia del problema del incumplimiento de los tratamientos en el marco de la salud es bastante evidente. No se trata de un problema de dimensiones reducidas. Aún teniendo en cuenta las dificultades de evaluación de la conducta de incumplimiento, se estima que una media de un 40% de los pacientes no cumple adecuadamente las recomendaciones terapéuticas de sus médicos, lo que supone dos de cada cinco pacientes (DiMatteo, 1985). Naturalmente hay diferencias según factores muy diferentes: en el caso de enfermedades agudas la tasa de incumplimiento llega aproximadamente al 20%, mientras que en las crónicas es del 45%; y en el caso de regímenes terapéuticos que exigen cambios de hábitos o estilos de vida la tasa de incumplimiento es todavía más alta (Cluss y Epstein, 1985).

Los factores determinantes de la conducta de cumplimiento o incumplimiento son diversos, pero me interesa aquí sólo el grupo constituido por variables de la interacción médico y paciente. Cuando se centra la explicación del cumplimiento en la interacción del médico y el paciente, se asume que ha de ser entendido sobre la base de los papeles de ambos actores, y de las formas de interpretación de su papel que elijan.

La teoría del rol proporciona aquí una estructura teórica para definir el fenómeno del cumplimiento, para establecer sus antecedentes y para determinar la eficacia de las intervenciones del médico. El nivel de cumplimiento es mayor cuando la persona ha incorporado a su auto-concepto el rol de paciente; cuando un paciente demuestra conocimiento y competencia en la representación del rol; cuando su representación de los roles complementarios, y del resto del microsistema, es congruente con la del rol del paciente; y cuando las conductas de cumplimiento son evaluadas como válidas por el paciente y por los otros actores que interactúan con él, sobre todo por los propios profesionales sanitarios (Dracup y Meleis, 1982).

Además de los aspectos derivados de la interpretación de los roles, la interacción con el médico determina el cumplimiento mediante la "buena comunicación", en sus funciones informativa y persuasiva. Por lo que se refiere a la **información**, es bastante claro que un requisito necesario (aunque no suficiente) del cumplimiento de unas instrucciones es que se recuerden de forma lo más clara y precisa posible (Ley, 1988). Cuanto más explícitas son las instrucciones de los médicos, tanto mayor es el cumplimiento de los pacientes.

Por lo que se refiere a la comunicación persuasiva y a los aspectos afectivos de la interacción, el "**tono emocional**" del encuentro clínico puede influir mucho en la motivación de cumplimiento del paciente. Es tanto menos probable que el paciente cumpla cuanto más negativo sea el tono emocional del encuentro (Davis, 1968; y cuanto más positivo sea el tono emocional del encuentro, tanto mayor será la tasa de satisfacción del paciente, y mayor será su tasa de cumplimiento (Francis et al., 1969). Y finalmente, la relación médico-paciente condiciona la satisfacción del paciente, que constituye otro de los determinantes centrales de la conducta de cumplimiento, tal como han puesto de manifiesto multitud de trabajos sobre el tema desde los años sesenta (Korsch, Gozzi y Francis, 1968; Francis, Korsch y Morris, 1969; Ley, 1977), según las cuales hay una fuerte correlación entre la satisfacción del paciente con la consulta y el cumplimiento del régimen terapéutico.

Por otra parte, hay muchas investigaciones que han considerado la satisfacción como un resultado de la interacción entre médico y paciente, poniendo de relieve que la satisfacción del paciente puede deberse a la calidad de la comunicación entre ambos, y señalando que la comunicación efectiva sobre la enfermedad y el tratamiento contribuye al sentimiento del paciente de que está siendo tratado como persona, y mejora su percepción del cuidado emocional que recibe (Ben-Sira, 1976; Larsen y Rootman, 1976; Davis, 1968a; 1968b). Según los resultados de algunos de otros de esos estudios, los médicos más diestros en la comunicación no verbal, recibieron mejor evaluación por parte de sus pacientes, que los que eran menos sensibles a ese tipo de señales no verbales (DiMatteo et al., 1980). Por otro lado, también la percepción del paciente de los conocimientos y competencia de su médico influye claramente en su satisfacción con el encuentro (DiMatteo et al., 1980).

Pero, además, la satisfacción del paciente puede ser considerada también como un **input**, es decir como "causa" de determinados comportamientos. La insatisfacción produce un mal uso (por defecto) de los servicios de cuidado de la salud. Por contra, la satisfacción lleva a la persona a una mayor frecuencia de uso de los servicios sanitarios, y a un mejor cumplimiento del tratamiento. Se trata, pues, de una especie de círculo vicioso: la insatisfacción aleja a las personas del uso de servicios sanitarios potencialmente útiles, de manera que cuando esporádicamente se produce la interacción entre el paciente y el sistema, o, más en concreto, entre el paciente y el médico, se realiza de forma poco gratificante, con el resultado de bajo nivel de cumplimiento por su parte, bajo nivel de eficacia del tratamiento, y más insatisfacción; y así una vez y otra (Zastowny, Roghmann y Cafferata, 1989).

CONCLUSIÓN:

La relación MP es el núcleo de la asistencia médica. Es una cooperación diádica de ayuda y asistencia dirigida a la consecución/restauración de la salud de uno de sus miembros.

Requiere competencias bio-técnicas, pero también competencias psico-técnicas, en la medida en que siempre implica un proceso de influencia social sobre el paciente, a fin de que este elicite, instaure, restaure, modifique o elimine, determinados comportamientos o hábitos comportamentales.

Para ello la relación MP debe generar un ámbito en el que sea posible un proceso de comunicación adecuada y eficaz que permita un diagnóstico y un tratamiento acertados y un adecuado cumplimiento terapéutico por parte del paciente.

Y por ello, el aprendizaje de los componentes psicotécnicos de la gestión de la relación MP es de la mayor relevancia.

Volviendo a Laín Entralgo, ya en 1952 manifestaba: "El médico de hoy ha llegado a plantearse con relativa lucidez intelectual la antinomia que entrañan sus dos actos principales, el terapéutico y el [diagnóstico](#), en cuanto referidos a un ser [-el hombre](#) enfermo- que es a la vez [naturaleza](#) sensible y [persona](#), principio de [operaciones materiales](#) y supuesto racional, paciente de [acciones](#) necesarias y autor de acciones libres". Es decir, "el tratamiento de una enfermedad puede ser enteramente impersonal; el cuidado de un paciente debe ser completamente [personal](#)".

Ese cuidado personal se basa, como decía Balint, en "nuestra capacidad de establecer un contacto humano, de empatía y calidez con el paciente, y de interesarnos por él como persona" que es, en definitiva, lo que llamamos habilidades de relación, que forman parte de lo que he denominado competencias "psico-técnicas". Alexander, tras un estudio de terapeutas con éxito, dividió sus habilidades en dos tipos: Habilidades de relación, y habilidades de estructuración (la técnica específica), y concluyó que una terapia con éxito atravesaba las fases HR+HE+HR, y que a las habilidades de relación le correspondía el 50% del éxito terapéutico.

Llámense como se llamen, los conocimientos y habilidades médicas deben de integrar conocimientos técnicos no sólo referidos al organismo biológico del enfermo, sino a sus funciones cognitivas, emocionales y comportamentales, y al marco social en el que la relación se da. Sin olvidar, que como los médicos griegos nos enseñaron para siempre que el nexo primario entre el médico y el enfermo debe ser la amistad, la [filía](#), especificada como [amistad médica](#).

Por eso, la biografía de la enfermedad es siempre la historia de una vida en común: la del médico y su paciente.

Muchas gracias.