

ARTÍCULO ESPECIAL

Comunicación, *burnout* y resultados clínicos: más preguntas que respuestas

Ronald M. Epstein, MD

Associate Professor of Family Medicine and Psychiatry. University of Rochester School of Medicine and Dentistry.

Hace más de una década que sabemos que la calidad de la comunicación medico-paciente influye en los resultados clínicos de las enfermedades físicas agudas y crónicas. Las investigaciones claves de S. Kaplan y colegas mostraron que pacientes «activados» —los que asumen más responsabilidad cara a su propia salud y preguntan más a sus médicos— tienen un mejor control de su diabetes, consiguen reducir su hipertensión arterial y presentan menos síntomas de artritis¹. Además, los médicos capaces de establecer mejor comunicación sobre cuestiones emocionales —las suyas y las del paciente— tienen pacientes más satisfechos y con menos distrés psicosocial². Son estos médicos quienes están más satisfechos con su trabajo cotidiano. También observamos algunos resultados paradójicos. Por ejemplo, los mismos pacientes «activados» están menos satisfechos de sus consultas médicas. Es posible que un «choque amistoso» contribuya a obtener buenos resultados, aunque los médicos mantengan ciertas discrepancias con el paciente.

Es muy difícil llevar a cabo buenas investigaciones sobre la comunicación medico-paciente. Las razones son diversas. No hay un lenguaje común para describir la comunicación. Por ejemplo, hay

bastantes investigaciones que toman como eje la cuestión de las interrupciones. Algunos definen como «interrupción» cuando médico y paciente hablan simultáneamente; otros la sitúan cuando un médico cambia el tema de la discusión sin preguntar al paciente si tiene más preocupaciones, y otros más la definen como una interrupción desde fuera —por ejemplo, una llamada por teléfono durante la visita—. Tampoco hay un modelo conceptual común entre los investigadores. Aunque muchos utilizan la frase «centrado en el paciente», la misma se usa en diferentes sentidos. Hay un amplio debate acerca de la universalidad de los factores de comunicación —aunque la práctica de ésta claramente está influida por la propia cultura—: ¿son los principios de comunicación iguales si el mismo médico se comunica con un paciente norteamericano o un paciente de la Europa meridional? Y aún hay pocas investigaciones aleatorizadas porque son difíciles de realizar y financiar.

El pasado septiembre convocamos en Barcelona el congreso más grande, numeroso e importante del mundo sobre comunicación y salud. El editorial del Dr. Borrell-Carrió describe los detalles del congreso y sus éxitos. Pero creo que los resultados más interesantes serían el progreso hacia un lenguaje en común sobre las cuestiones más importantes y la manera de plantearlas y resolverlas.

¿Vale la pena comunicar de una manera «centrada en el paciente»?

En principio, considerar la perspectiva del paciente (no sólo del médico o del diagnóstico) sería un imperativo moral. Poner en marcha esta visión de la relación médico-paciente sería un cambio importante en la práctica diaria. Por ejemplo, normalmente, el médico está la mayoría del tiempo hablando. ¿Que ocurriría si fuera al revés y si el paciente tuviera más control sobre la entrevista? Y a la vez, con pacientes cada vez más informados y conectados a Internet, ¿cuáles serían los efectos de implicar a los pacientes en un papel más importante cara a adoptar decisiones sobre sus tratamientos? Las investigaciones tienden a ver estos cambios de modo muy positivo y, personalmente, estoy de acuerdo, aunque creo que hay que reestructurar la enseñanza de los médicos y la estructura de la consulta para dar respuesta a este reto. En este sentido, creo que las universidades españolas deberían obligar a los estudiantes de medicina a realizar un curso sobre «comunicación», como sucede en las norteamericanas. Es más fácil cambiar la conducta de un alumno que de un médico.

¿Se puede evaluar la comunicación?

La respuesta es simplemente «sí». Hay bastantes escalas válidas

(Aten Primaria 2001; 27: 511-513)

das y fiables para hacerlo. Pero no hay consenso sobre la manera de hacerlo. Por ejemplo, ¿quién debería juzgar la calidad de la comunicación? En un sentido, el paciente debería juzgar —sólo él puede percibir el efecto de las acciones del médico—. Además, investigaciones recientes han mostrado que las perspectivas del paciente predicen los resultados biológicos y de los costes mejor que las observaciones «objetivas» de las grabaciones de vídeo o audio³. Pero estos mismos pacientes habitualmente no pueden describir con precisión las conductas que llevan a cabo los médicos para cumplir el acto de buena comunicación. Y no es seguro que pacientes «estandarizados», tales como los que utilizaron R. Moral et al⁴, tengan buena concordancia con los pacientes actuales del mismo médico. Por eso me pregunto si los resultados negativos de la intervención bien realizada del proyecto COMCORD son reales, o solamente muestran las limitaciones en la manera de evaluar las conductas del médico.

¿Cuesta más tiempo y recursos la buena comunicación?

La respuesta es «sí» y «no». Algunas investigaciones recientes muestran que las visitas más centradas en la persona que consulta son más eficientes —cumplen más objetivos en el mismo tiempo—. Pero, a la vez, hacen las cosas más complicadas para el médico por el hecho de permitir al paciente que exprese más sus preocupaciones y además favorece la expresión emocional. Al principio, cuando un médico está aprendiendo un nuevo modo de comunicar, siempre cuesta un poco más de tiempo. Pero esto es igual con cualquier nueva conducta y no deberíamos abandonar este esfuerzo importante sólo por el temor de perder tiempo.

¿Es necesario, deseable o posible cambiar de fondo las actitudes y creencias de los médicos para que comuniquen de modo más efectivo?

Un debate filosófico significativo es si son más importantes las habilidades de comunicación que puede practicar el médico, o hay algo más profundo como el carácter y la presencia física del propio médico. Una interpretación de las investigaciones recientes, acerca de las cuales trata J. Bellón⁵, sería que a los pacientes les interesa más cómo es el médico como persona que sus habilidades de comunicar con algunas técnicas específicas. Autores como Lucy Candib⁶ proponen que aprender habilidades sin una transformación personal para implicarse más en cuidar a la persona que el hecho de diagnosticar la enfermedad puede fomentar una empatía falsa y superficial —que podría proporcionar una base falsa a la confianza del paciente en su propio médico—. En el otro extremo del debate, muchos cursos de la enseñanza de habilidades de comunicación se basan en la suposición de que la práctica de conductas específicas modifica las actitudes. Pienso que este debate todavía no se ha resuelto, pero que sería posible realizar investigaciones más profundas acerca del efecto de los cursos de comunicación clínica y de los Grupos Balint en la práctica clínica.

¿Se pueden generalizar los resultados de las investigaciones realizadas en el Reino Unido, Países Bajos y Estados Unidos sobre comunicación para implementar los resultados en países mediterráneos?

Todos conocemos algunos estereotipos culturales —por ejemplo, que los nórdicos favorecen más la independencia y autonomía y los mediterráneos la interdependencia y la familia—. Pero, ¿debería-

mos actuar de una manera diferente? Se puede justificar un abordaje más paternalista en una cultura que en otra? ¿Qué valor práctico tienen las investigaciones médico-antropológicas?

Desde mi experiencia como paciente en los 3 países citados y en España, y mi experiencia como docente y en investigaciones en tres de ellos, creo que las diferencias entre pacientes siempre son más amplias que las que existen entre culturas. Es decir, desde la perspectiva de un médico en la consulta, vale la pena adquirir la habilidad de adaptarse a pacientes diferentes en cualquier cultura. Además, en el siglo XXI España va a ser un país más multicultural que en los siglos anteriores. Pero considero que las investigaciones multiculturales favorecen el descubrimiento de principios más universales. Por ejemplo, creo que en los últimos años los norteamericanos han aprendido bastante de las investigaciones realizadas en Italia y Japón sobre cómo y a quién se debe dar malas noticias⁷⁻⁹. Hemos incrementado las posibilidades de aceptar mejor los deseos de un paciente que quiere que solamente su familia sepa el diagnóstico y tome las decisiones terapéuticas. Y empezamos a enseñar a nuestros estudiantes que hay más de un modo de dar malas noticias.

¿Qué podríamos hacer para animar a nuestros médicos y evitar el *burnout*?

En este sentido, investigaciones como la de J. Cebrià¹⁰ son relevantes. Sabemos que los médicos que mantienen buenas relaciones con sus pacientes están más satisfechos¹¹. Por eso deberíamos concluir que una tarea importante de cualquier sistema de salud sería estructurarse para favorecer estas buenas relaciones. La falta de tiempo, en mi opinión, no es algo tan serio como la falta de

autonomía del propio médico —y este problema está planteándose igualmente en Estados Unidos, donde la autonomía se halla controlada no por el Estado sino por compañías de seguros y complejos médico-industriales cuya primera motivación es ganar dinero—. La afirmación de Peabody (1927) es totalmente actual: «El secreto del cuidado del paciente es cuidar del paciente (The secret of the care of the patient is caring for the patient)»¹². Y, además, tal vez, el secreto de cuidar al paciente radica en cuidar al médico para que le cuide⁶.

Bibliografía

1. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease [published erratum appears in *Med Care* 1989; 27: 679]. *Medical Care* 1989; 27: 110-127.
2. Roter DL, Hall JA, Kern DE, Barker LR, Cole KA, Roca RP. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress—a randomized clinical trial. *Arch Intern Med* 1995; 155: 1877-1884.
3. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW et al. The impact of patient-centered care on patient outcomes. *J Fam Pract* 2000;
4. Ruiz Moral R, Prados Castillejo JA, Alba Jurado M, Bellón Saameño J, Pérula de Torres LA. Validez y fiabilidad de un instrumento para la valoración de la entrevista clínica en médicos residentes en medicina de familia: el cuestionario GATHA-RES. *Aten Primaria* 2001; 27: 469-477
5. Bellón Saameño JA, Martínez Cañabate T. la investigación en comunicación y salud. Una perspectiva nacional e internacional desde el análisis bibliométrico. *Aten Primaria*; 27: 452-458.
6. Candib L. *Medicine and the family*. Nueva York: Basic Books, 1995.
7. Miyaji NT. The power of compassion: trath-melling adong American doctors in the care of dying patients. *Social Science & Medicine* 1993; 36: 249-264.
8. Pellegrino ED. Is truth telling to the patient a cultural artifact? *JAMA* 1992; 268: 1734-1735.
9. Surbone A. Truth telling to the patient. *JAMA* 1992; 268:1661-1662.
10. Cebrià J, Segura J, Corbella J, Sos P, Comas O, García M et al. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Aten Primaria* 2001; 27: 459-468.
11. Suchman AL, Branch WT, Matthews DA. The role of the medical interview in the physician's search for meaning. En: Lipkin MJr, Putnam SM, Lazare A, editores. *The medical interview*. Nueva York: Springer-Verlag, 1995; 368-378.
12. Peabody F. Care of the patient. *JAMA* 1927; 88: 877-882.