

El valor de la palabra entre el médico y el paciente. Una visión desde la bioética

[Cómo citar este artículo: Lorenzo, M. El valor de la palabra entre el médico y el paciente. Una visión desde la bioética. *Práctica Familiar Rural*. 2019 noviembre; 4(3).]

Marco Antonio Lorenzo Serrano[a]

a. Servicio Navarro de Salud. Área de Tudela (ESPAÑA) DOI: <https://doi.org/10.23936/pfr.v4i3.118>

Recibido: 27/09/2019 Aprobado: 28/11/2019

RESUMEN

El artículo pretende rescatar el valor y el dinamismo que posee la utilización de la palabra en el encuentro médico. Se evidencia un cambio de paradigma en la forma en la que el paciente desea ser tratado por su médico. La comunicación médica como una competencia básica para construir a “*un nuevo médico y un nuevo enfermo*”. Una medicina de “*futilidad*” fruto de una deficiente comunicación. Una brecha entre la intención de revelar el error médico y la realidad. La formación en comunicación y bioética como las herramientas para utilizar la palabra correcta. El apoyo legal y político resultan esenciales.

Palabras clave: relación médico-paciente, preferencia del paciente, comunicación médica

The value of the word between the doctor and the patient. A vision from bioethics

ABSTRACT

The article aims to rescue the value and dynamism of the use of words in medical encounters. There is evidence of a paradigm shift in the way the patient wishes to be treated by their doctors. Medical communication as a basic competence to build a “*new doctor and a new patient*”. A medicine of “*futility*” fruit of a deficient communication. A gap between the intention to reveal medical error and reality. Training in communication and bioethics as the tools to use the right word. Legal and political support is essential.

Keywords: physician-patient relationship, patient preference, health communication

1. Introducción

¿Se puede afirmar que un médico alcanza la plenitud en su arte sin el dominio de la palabra? Pedro Laín Entralgo lo cuestiona:

Habría en suma una medicina sin palabras o tiránica, y, otra medicina verbal o amistosa, la que resulta de la conjunción técnica de un médico libre y un hombre libre. En aquella el médico no admite la menor explicación sobre la enfermedad del paciente y prescribe lo que la práctica rutinaria le sugiere, como si estuviese al tanto de todo y con la arrogancia de un tirano (1).

El paciente del siglo XXI demuestra los mismos deseos de hablar con su médico que el enfermo de hace veinte siglos. Y es Moore quien apunta: *“Comunicar a un nivel de competencia profesional envuelve un conjunto de habilidades complejas e interrelacionadas y, aprenderlas, mantenerlas y mejorarlas supone una tarea para toda la vida”* (2). La palabra entre médico y paciente comparte un discurso adaptado a la particularidad de cada enfermo, a los condicionantes que facilitan o dificultan el encuentro médico. Hay autores que abogan por un profundo *“autoconocimiento médico”* en la consulta, ya que favorece el discernimiento de los signos fisiológicos del enfermo y el profesional. Identificar situaciones de estrés y ansiedad impide que las cuestiones personales interfieran en la comunicación. Y de este modo, la palabra favorece la seguridad clínica en la consulta. Dominar estas habilidades representa un valor más claro y eficaz que la propia ética; quizá porque evita el desgaste médico y ayuda a resituarse a la ética en la comunicación médica (3,4). Ruíz Moral sigue en la misma línea: *“La formación en habilidades de comunicación requiere inexorablemente complementarse con la justificación ética que estimule actitudes positivas en los alumnos y les permita aplicar esas habilidades con un criterio propio y adaptado a cada paciente”* (5).

¿Por qué están los pacientes más satisfechos con el estilo de comunicación de las mujeres médicos? ¿Es el estilo de comunicación un predictor de la participación del paciente? La constatación del cambio de paradigma en el modelo de relación entre médico y paciente debe responder a parte de estas preguntas; un modelo que vira desde el paternalista- biomédico a otro centrado en el paciente. Nos invita a reflexionar sobre la necesidad o no de reinterpretar la consulta médica y los procesos de comunicación; de ahí, el interés de recoger y actualizar la demanda social sobre el diseño y construcción de un nuevo médico y un nuevo paciente (6).

Surge la cuestión señalada por los *eticistas*, a la hora de revelar el error médico al paciente. Corresponde a los profesionales conocer por qué persiste la brecha entre la intención de manifestar el error y la realidad de ocultarlo. El enfermo y su familia

esperan escuchar unas palabras de arrepentimiento sincero que el médico no pronuncia (7).

Constatar el valor de la palabra conlleva valorar el nuevo modelo de atención centrado en el paciente, en el que los dos protagonistas se reparten democráticamente el poder dentro de la consulta.

2. La palabra centrada en el paciente

El nuevo modelo ha entregado al paciente más autonomía, pero en ocasiones, el propio paciente ha interpretado esta como el derecho a satisfacer cualquier demanda ante su médico. Consiguiendo que este actúe de manera coaccionada y *“fútil”*. De este modo, el monólogo por parte del médico, propio del modelo paternalista se desplaza hacia el monólogo del paciente en el modelo biopsicosocial. De todas formas, en este nuevo modelo el paciente anhela convertirse en actor y autor; el médico utilizando la palabra se presenta como un novelista que crea al personaje del enfermo con palabras (8,9).

Los profesionales están cada vez más interesados en la comunicación entre médico y paciente, a la que consideran una *“competencia transversal”*; por lo que se reconoce la importancia de introducir estas habilidades en la formación de los médicos. Un médico que recuerda aspectos biográficos de un paciente y los expone en la entrevista, obtiene más valor para el enfermo que un ajuste al marco de la consulta sin calidez humana.

Este nuevo movimiento constata los cambios de la sociedad, una evolución de los principios éticos y una pragmática evidencia en los cambios de estilo en la comunicación que pueden afectar a resultados clínicos; la consulta se reinterpreta.

“Esta habilidad de variar nuestro estilo de comunicación es una habilidad humana única y debemos ser conscientes de que tenemos que mejorar constantemente. En la era de la profusa información, el cuidado interpersonal posee un valor incalculable. La nueva comunicación médica integra la información de riesgo entre médico y paciente; mientras se mantiene fiel a los valores centrales de la consulta” (10).

Silverman y Kurtz rescatan la importancia de la palabra en cualquier proceso de comunicación y afirman: *“las palabras exactas que utilizamos pueden llegar a ser un mantra que ofrecemos al paciente sin pensar, pero en realidad, esta simple tarea puede ser la diferencia en la que descansa la entrevista clínica, y puede cambiar sutilmente el tipo de respuesta que el paciente nos ofrece”* (11). El médico utiliza sus propias palabras para invitar al paciente a expresar las suyas. Parafraseando

al paciente y con una escucha activa interpreta los motivos del enfermo y construye un “nuevo enfermo” que asume su responsabilidad en la consulta. Así, el paciente huye de la conversación guionizada, ya que instala el piloto automático en el médico y este pierde la capacidad de adaptarse al enfermo. En suma, ignora la perfecta utilización de la palabra.

3. Una palabra cargada de ética

Claramente, las habilidades técnicas son necesarias para ser un buen médico; pero, si faltan las habilidades interpersonales no se puede ser un buen médico. En cambio, algunos médicos abandonamos el remanso ético y adoptamos un estilo distante y neutro con el enfermo. El distanciamiento emocional puede presentarse como una defensa dirigida a no sentir el sufrimiento de los otros y/o a evitar la impotencia de “no poder hacer nada para aliviarlo”. Loayssa et al. afirman.

Como respuesta a estas contradicciones y a las incoherencias de las instituciones sanitarias y educativas, puede producirse una pérdida de la fe en la rectitud de la conducta de las personas. El cinismo puede constituir un mecanismo de defensa a esta atmósfera de ambigüedad ética cargada de dobles mensajes (12)

La dimensión humana en el cuidado de la salud es fundamental para la práctica compasiva, ética y segura del médico; ya que, repercute moldeando su propio carácter. The International Charter for Human Values in Healthcare nos convoca:

A través de las acciones y palabras, los clínicos exponen sus valores en el cuidado de la salud. Ofrecemos nuestra responsabilidad e involucración en la vida de las personas en momentos de máxima vulnerabilidad; los clínicos necesitan vivir estos valores y desarrollar ambientes de práctica que asienten su reforzamiento (13).

De esta manera, el modelo de medicina centrada en el paciente guía la ética de la palabra, para resituar la circunstancia social y funcional de cada paciente. Y así, complementar a la medicina basada en la evidencia, y a la focalización excesiva en la enfermedad; con la valoración psicosocial del enfermo. Al constituirse este proceso dinámico, en el que se contextualizan las demandas y creencias del paciente expresadas con sus propias palabras; se involucra en su propio cuidado, sin sentir la coacción paternalista y arrogante del médico (3).

4. Expectativas y demandas del paciente

Los pacientes prefieren tomar parte activa en las decisiones de su salud cuando entienden los beneficios al actuar de esta manera. La participación de los pacientes está asociada con mejores resultados en salud y de satisfacción en la consulta. Ruíz Moral nos avisa:

Para los pacientes, la participación en aspectos comunicativos son las más importantes. En general, los médicos coinciden con esta valoración, sin embargo, sobrestiman los deseos de los pacientes de recibir ciertos servicios relacionados con la prescripción, derivaciones y pruebas complementarias (14).

Los pacientes pueden sentir el momento en el que los médicos permanecen inquietos, preocupados, cansados, desinteresados o alarmados; del mismo modo que perciben el genuino interés del profesional, la compasión que irradia, la calma y la confianza. Las pistas humanas llegan del comportamiento y apariencia del médico, la elección de las palabras, el tono de voz, el nivel de entusiasmo, el lenguaje del cuerpo, la pulcritud y el adecuado atuendo. Un médico sentado mientras conversa con un paciente irradia un diferente significado de humanidad que otro que permanece de pie en la puerta de la entrada.

El paciente demanda una utilización de la palabra adaptada a su propia persona, claro, práctico y sin ambages. Anhela también, sentir respeto por parte del profesional y reclama que a la hora de trabajar sea concienzudo, constante y riguroso para transmitir la información. La repetición de las palabras con las propias palabras del paciente es indispensable para conseguir una retroalimentación eficaz. Necesitan ambos sentirse presentes en el proceso de comunicación. Al final, quiere cerrar la sesión con seguridad, sintiendo que forma parte de un plan mutuamente acordado; el médico debe clarificar y asegurarse que sus palabras han sido entendidas y asimiladas. Jonathan Silverman apunta:

La concordancia se refiere a la relación entre dos partes, como médicos necesitamos conocer la decisión del paciente y sus preferencias en una discusión abierta (...) la concordancia implica que los médicos solo se mueven descubriendo el mejor resultado desde el punto de vista del paciente. Los resultados en términos de enfermedad necesitan situarse en un segundo plano, tomando como referencia la propia percepción del paciente (11).

5. Discusión

Un médico que no domine la palabra no puede ser considerado como un buen médico, ya que la comunicación no supone una opción, refleja una meta con la utilización óptima de la palabra. A pesar, de que los avances tecnológicos están subyugando a médicos y enfermos, el buen médico siempre debe ser un buen amigo del paciente. Un médico bueno. Para conseguirlo necesitamos múltiples alianzas entre los protagonistas de la comunicación médica y las organizaciones de la salud (15,16).

El cambio de paradigma nos resitúa en una *“nueva conversación médica”*, en la que cobra fuerza una entrega de poder al paciente; y ahora, queda repartido entre el médico, el enfermo y su familia.(3,10) La formación en *“comunicación médica avanzada”* se convierte en un aliado ético, ya que nos conduce hacia el respeto de los enfermos y reduce las prácticas inseguras en la consulta.(17) Un aspecto como el silencio compasivo necesita entrenamiento, para asegurarnos que se utiliza correctamente, de lo contrario puede inducir a interpretaciones erróneas.(18)

Las mujeres médicos mantienen una atención más centrada en el paciente; se expresan con menor dominancia verbal, se focalizan en aspectos emocionales y son más asertivas con la utilización de la palabra. Por el contrario, los médicos se centran en aspecto biomédicos obviando los psicosociales; lo que responde con una respuesta negativa, por parte del enfermo, a esta dominancia verbal (19).

Hay autores que valoran el *“autoconocimiento médico”* incluso por encima de la propia ética; piensan que resitúa a la ética y potencia el humanismo en la relación médico –enfermo. Por esto, la toma de decisiones en la consulta viene condicionada por los *“marcadores somáticos”*; estos aparecen en la mente del médico experimentado como un sentimiento desagradable que le avisa: *“atención al peligro que acecha si eliges esa opción”*. Estos marcadores constituyen procesos de continuo aprendizaje acumulativo, donde las influencias de las experiencias precoces parecen tener más peso. Determinan el carácter del futuro médico. La capacidad autoperceptiva como tarea comunicativa, sirve para desarrollar la capacidad del médico en detectar estados emocionales positivos y negativos; disonancias cognitivas; estados de la conciencia.(5,20)

Es evidente, que la medicina no posee un ilimitado poder; el médico tiene el derecho y el deber de decir *“no”* a una medicina de futilidad que compromete su vocación y su dignidad como profesional. Pero, no puede decir no a encontrar una alternativa cargada de humanidad y compasión para el paciente. En estos momentos, lo que el enfermo nos está pidiendo en el fondo es *“no me abandones”*.(21,22)

Reconocemos todavía una brecha entre la intención del médico de revelar el error y la realidad; el miedo a la litigación es considerada como la barrera más importante para los profesionales. Contrariamente, revelar el error no conlleva más acciones legales y ayuda a reconstruir la relación entre médico y paciente. Aún así, para el paciente, lo más importante es la percepción que se genera en la conversación. Más incluso que las propias palabras. De modo que, si la disculpa quiere tener éxito, necesita ser genuina y sincera; con claros signos de remordimiento por parte del médico. (23–25) En 34 estados de USA han adoptado las *“Leyes del perdón”* que protegen y facilitan la comunicación en momentos tan complicados.(26)

El proceso comunicativo, aunque complejo, se puede aprender. El aprendizaje abarca tanto a los estudiantes de pregrado, postgrado, clínicos e incluso pacientes. El ámbito político, a través de sus organizaciones sanitarias, tiene el deber de buscar la interacción entre profesionales y enfermos. Está en juego la seguridad del paciente y también la del médico.

6. Referencias bibliográficas

1. Laín Entralgo P. La curación por la palabra en la antigüedad clásica. Rubí, Barcelona: Anthropos; 2005.
2. Moore P, Gómez G, Kurtz S. Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente. Aten Primaria. junio de 2012;44(6):358-65.
3. Bastemeijer CM, Voogt L, van Ewijk JP, Hazelzet JA. What do patient values and preferences mean? A taxonomy based on a systematic review of qualitative papers. Patient Educ Couns. mayo de 2017;100(5):871-81.
4. Kurtz SM, Silverman J, Draper J, Silverman J. Teaching and learning communication skills in medicine [Internet]. Oxford; San Francisco: Radcliffe Pub.; 2005 [citado 1 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.myilibrary.com?id=125089>
5. Ruiz Moral R, Álvarez Montero S. La interfaz comunicación clínica-ética clínica: implicaciones para la educación médica. Educ Médica. 1 de abril de 2017;18(2):125-35.
6. Petrilli CM, Mack M, Petrilli JJ, Hickner A, Saint S, Chopra V. Understanding the role of physician attire on patient perceptions: a systematic review of the literature--targeting attire to improve likelihood of rapport (TAILOR) investigators. BMJ Open. 19 de enero de 2015;5(1):e006578.

7. Varjavand N, Bachegowda LS, Gracely E, Novack DH. Changes in intern attitudes toward medical error and disclosure: Intern attitudes toward medical error. *Med Educ.* julio de 2012;46(7):668-77.
8. Schneiderman LJ, De Ridder M. Chapter 14 - Medical futility. En: Bernat JL, Beresford HR, editores. *Handbook of Clinical Neurology* [Internet]. Elsevier; 2013 [citado 22 de julio de 2018]. p. 167-79. (Ethical and Legal Issues in Neurology; vol. 118). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780444535016000147>
9. Laín Entralgo P. *El Médico y el enfermo*. Madrid: Triacastela; 2003.
10. Taylor K. Paternalism, participation and partnership—The evolution of patient centeredness in the consultation. *Patient Educ Couns.* febrero de 2009;74(2):150-5.
11. Silverman J, Kurtz SM, Draper J. *Skills for communicating with patients*. London; New York: Radcliffe Publishing; 2013.
12. Loayssa Lara JR, Ruiz Moral R, García Campayo J. ¿Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (¿malvados?) con sus pacientes? *Aten Primaria.* noviembre de 2009;41(11):646-9.
13. Rider EA, Kurtz S, Slade D, Longmaid HE, Ho M-J, Pun JK, et al. The International Charter for Human Values in Healthcare: an interprofessional global collaboration to enhance values and communication in healthcare. *Patient Educ Couns.* septiembre de 2014;96(3):273-80.
14. Moral RR. Una propuesta conceptual para orientar el desarrollo de un currículo en habilidades de comunicación médico-paciente. *Educ Médica.* 1 de enero de 2015;16(1):74-82.
15. KvæL LAH, Debesay J, Langaas A, Bye A, Bergland A. A Concept Analysis of Patient Participation in Intermediate Care. *Patient Educ Couns.* agosto de 2018;101(8):1337-50.
16. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev.* 12 de diciembre de 2012;12:CD003267.
17. Kissane DW, Bultz BD, Butow PN, Bylund CL, Noble S, Wilkinson S. *Oxford Textbook of Communication in Oncology and Palliative Care*. Oxford University Press; 2017. 1187 p.
18. Back AL, Bauer-Wu SM, Rushton CH, Halifax J. Compassionate silence in the patient-clinician encounter: a contemplative approach. *J Palliat Med.* diciembre de 2009;12(12):1113-7.
19. Noro I, Roter DL, Kurosawa S, Miura Y, Ishizaki M. The impact of gender on medical visit communication and patient satisfaction within the Japanese primary care context. *Patient Educ Couns.* febrero de 2018;101(2):227-32.
20. Loayssa Lara JR, Ruiz Moral R, González García F. Teoría en la acción sobre la relación con el paciente. Una perspectiva diferente de representar y entender el comportamiento del médico de familia en la consulta. *Aten Primaria.* 1 de mayo de 2015;47(5):279-86.
21. Vergano M, Gristina GR. Futility in medicine. *Trends Anaesth Crit Care.* diciembre de 2014;4(6):167-9.
22. Swetz KM, Burkle CM, Berge KH, Lanier WL. Ten Common Questions (and Their Answers) on Medical Futility. *Mayo Clin Proc.* julio de 2014;89(7):943-59.
23. Wu AW, McCay L, Levinson W, Iedema R, Wallace G, Boyle DJ, et al. Disclosing Adverse Events to Patients: International Norms and Trends. *J Patient Saf.* marzo de 2017;13(1):43-9.
24. Hannawa A. Principles of medical ethics: implications for the disclosure of medical errors. *Medicolegal Bioeth.* julio de 2012;1.
25. Hannawa AF, Beckman H, Mazor KM, Paul N, Ramsey JV. Building bridges: Future directions for medical error disclosure research. *Patient Educ Couns.* 1 de septiembre de 2013;92(3):319-27.
26. Hannawa AF. Disclosing medical errors to patients: Effects of nonverbal involvement. *Patient Educ Couns.* 1 de marzo de 2014;94(3):310-3.