

La comunicación con el enfermo

Fernando Diz-Lois

Medicina Interna. Hospital Juan Canalejo. A Coruña

La comunicación, es el acto e instrumento que posibilita de la relación entre personas. Es imprescindible como es lógico, en la relación con el enfermo. La prisa, la cultura de masas, el ambiente político, la situación administrativa del médico, los nuevos planes de gestión de la consulta, la eficiencia tomada en sentido puramente laboral, no favorecen una buena comunicación médico/paciente.

La verdadera comunicación además de ser consciente, ha de ser comprendida de alguna manera y provocar una respuesta voluntaria. La esfera cognitiva de una persona contacta y en parte, se podría decir, se superpone parcialmente con la de otra, y esto provoca un diálogo amistoso, hostil o indiferente, dependiendo de la respuesta de uno de ellos o de ambos.

En su relación con el medio, el hombre se hace preguntas acerca de todo lo que le rodea y este cosmos que le circunda parece responderle. En realidad esa respuesta la elabora la propia persona al percibir e interpretar los fenómenos que ve en una naturaleza, que le ofrece medios para subsistir y que también le impone dificultades. La percepción en sí misma, es comunicación, algo que el sentido capta y provoca una reacción, ya sea un sentimiento, pensamiento o manifestación exteriorizada como lenguaje, expresión corporal o acción. Lo que siente siempre tiene una respuesta, lo que ve sólo la tiene en la medida que pone interés en ello, su actitud expectante ante lo que tiene delante es lo que hace posible que reaccione ante ello.

“El hombre sólo llega a su propio ser por el conducto del otro, jamás por el sólo saber” (Karl Jaspers) es decir que la propia realización

depende de que el otro con quien contacto y me comunico llegue también a realizarse. Así pues la comunicación sustenta la propia vida y la hace más sólida, ya que transforma seres individuales en otro, un ser plural, aunque sólo lo sea en el contenido de la información intercambiada. Se puede decir que, después del acto comunicativo, este ser plural, se apodera de cada uno de los interlocutores, de tal forma que todos los participantes devienen distintos, y aunque casi siempre con pocos cambios al acto previo de comunicarse, sus personalidades individualmente se ven afectadas escasa o, a veces, gravemente, como resultado de ese contacto. Ello es lo que hace que cada persona, dentro de una comunidad, vaya evolucionando durante el transcurso de sus contactos con sus semejantes, como un continuum educativo que modela su personalidad.

Pero muchas veces la introspección sustituye al diálogo, la misma persona habla consigo misma. La persona percibe su propio yo y reacciona ante ello, es una comunicación entre su ser y su pensamiento, en realidad es un diálogo reflexivo.

En ese diálogo normalmente no está su propio ser físico, sino únicamente sus pensamientos, sus recuerdos, sus sensaciones. Sólo en la medida que estas son consecuencia de alteraciones en sus órganos, la persona se concienza de la presencia de estos. El enfermo siente la enfermedad, en su análisis mental de estas sensaciones desagradables provocadas por sus órganos enfermos, desarrolla un diálogo interno que aunque trate de ser objetivo, siempre estará influenciado por sus propias sensaciones de dolor, malestar, cansancio, desgana, fatiga etc. Esto repercute sobre dicho análisis a través de ansiedad, preocupación, llegando a conclusiones más o menos subjetivizadas, que le llevan a quejarse, pedir ayuda, olvidar sus valores o cambiar la realidad de su entorno, que toma otra perspectiva. Pero la verdadera comunicación aunque comience dentro de la propia persona, para ser efectiva ha de implicar a otros, por ello ha de tener un componente externo, la exteriorización del propio ser.

La comunicación conduce al diálogo, o mejor, debe ser un diálogo, y éste, en el sentido socrático, tiene como fin la búsqueda de una verdad.

De ese diálogo, cada interlocutor saca sus conclusiones que, en la medida en que coinciden, constituyen “esa verdad” buscada.

En cualquier acto de comunicación hay una información que expresa un emisor, un medio de canalización de dicha información y un receptor de esa información. Pero siempre es un proceso bidireccional y activo ya que, aunque el receptor no conteste, su muda reacción es percibida por el emisor de la información como una respuesta.

Pero el hombre expresa sólo una parte de lo que piensa, porque no quiere y porque no puede hacerlo. El lenguaje apareció para comunicarse con otros seres, pero con palabras no se puede decir todo lo que alguien siente o piensa, o al menos tal como lo piensa. En el espacio cognitivo hay mucho más de lo que se pueda expresar, y lo que se dice muchas veces no es fiel reflejo de lo que contiene el consciente (mucho menos el subconsciente). Quien recibe el mensaje también lo encaja dentro de su propio espacio cognitivo, muy distinto de quien lo emite. Este mensaje produce una reacción en el receptor que se añade o matiza dicho mensaje, de tal manera que no es posible que coincida con el que sale del emisor.

Cuando alguien dice que tiene dolor de cabeza y lo hace con intención de que le ayuden a calmarlo, el médico que recibe esta queja, adopta una actitud muy diferente, dependiendo de muchos factores, algunos externos (falta de tiempo, presencia de familiares del paciente, lugar de consulta etc.) otros internos, propios de factores personales del médico (especialización, estado emocional, preocupación por el paciente y/o lazos de amistad o rechazo con él, grado de conocimiento, curiosidad científica, costumbre o rutina en el acercamiento al problema etc.). Por eso su respuesta es muy variable (administrar un analgésico, aconsejar sobre estilo de vida, advertir sobre ciertos hábitos, pedir una prueba, hacer una historia mas completa y actuar en consecuencia, pedir una interconsulta, seguir algún algoritmo clínico, hacer un seguimiento o varias de estas actuaciones a la vez).

Es indudable que no es posible manifestar sensaciones con el lenguaje, incluso en casos de verdadero sufrimiento físico, se transmite mejor el dolor o el sentimiento de preocupación a través de

manifestaciones o actitudes corporales, que los que rodean al enfermo captan y entienden.

Lo que observa el médico en el enfermo y lo que escucha cuando éste manifiesta sus sensaciones es cómo la enfermedad aparece, o su apariencia, pero la enfermedad es algo que no se puede separar de la persona enferma. El paciente reacciona ante la enfermedad y esto cambia la apariencia de la misma. Esta reacción es, biológica dependiente de su idiosincrasia o carga genética, y psíquica condicionada por su propia personalidad. Se comprende entonces que no hay dos enfermos iguales.

La comunicación es perfecta cuando parte de las áreas cognitivas de ambos interlocutores se superponen. Esto ocurre siempre que sus palabras manifiesten sus propios pensamientos. Es decir, cuando se le pregunta al oyente, qué entendió o sacó en limpio del diálogo, éste expresa más o menos lo mismo que le dijeron, aunque en realidad lo interpreta a su manera pero esta interpretación coincide bastante con lo que oyó.

Pero hay otro factor, el más importante, en la comunicación, es la consecuencia que el diálogo tenga en los interlocutores. Sin ello no hay verdadera comunicación sino un cambio de pareceres sin un resultado efectivo. Es por ello que el proceso comunicativo necesita una actitud activa por parte de los participantes. La reacción instintiva, inconsciente ante un mensaje, como puede ser una orden, advertencia, espaviento etc. no consolida el acto comunicativo, a menos que esa reacción se llegue a racionalizar y provoque una respuesta, aunque ésta quede abortada en el pensamiento del receptor.

La historia clínica es la recopilación documental del acto asistencial médico. Expresa de una manera más o menos sintetizada el parecer o punto de vista del médico, lo que él piensa como resultado de la comunicación con el enfermo. Se puede decir que es pues el resumen de una comunicación pero expresada sólo por una de sus partes. Al no reflejar un diálogo únicamente puede contener la “verdad” del médico. Sería interesante que el enfermo expusiese también el resumen que él hace de dicha consulta, para constatar, lo que él ha captado de la consulta

con el médico y en qué medida está de acuerdo o ha entendido lo que éste le ha dicho.

En la consulta el enfermo y el médico se juntan en la búsqueda de la verdad, pero ¿qué verdad? La única verdad para ambos es, encontrar una solución, que el paciente venza la enfermedad, que mejore, o que su proceso no progrese. Pero es “una verdad” matizada, y los matices muchas veces no coinciden. El enfermo se expresa y el médico sonsaca lo que no dice. El enfermo cuenta lo que le pasa, el médico traduce lo que dice el enfermo a su lenguaje científico aprendido en los libros y en la experiencia. Esta última es importante sobre todo para saber que es lo que el enfermo espera de la consulta.

Durante el diálogo y exploración del paciente, el médico es más bien un receptor de información. El paciente por supuesto lo es, sobre todo al final, cuando el médico le transmite su parecer sobre lo que debe de hacer, pero también, desde su primer contacto, percibe todo lo que rodea a la consulta y sobre todo la manera y modo de expresarse del médico, cómo recibe el médico sus quejas, qué interés pone en lo que oye y cómo contesta a sus preguntas. Esto condicionará su respuesta a las recomendaciones del médico.

En el acto médico, la exploración del paciente, consolida la comunicación. El contacto directo de las manos del que explora con el paciente, aparte de su poder taumatúrgico o de sugestión, es necesario por su importancia semiológica y el paciente lo sabe. De todas maneras la medicina cada vez más, utiliza la tecnología y menos, la exploración física, hay un desplazamiento de una subjetividad interpretativa de hallazgos físicos hacia una mayor objetividad de resultados tecnológicos, que el paciente, por otra parte, puede valorar más. En este caso la confianza del paciente en su médico languidece, éste no sería más que un mediador que administrase las exploraciones complementarias.

La consulta concluye con la explicación que el médico manifiesta al paciente, de lo que cree que le pasa, su punto de vista del problema y los pasos a seguir para solucionarlo. Este mensaje, a veces delicado o complicado de entender por el paciente, es difícil de transmitir, por su complejidad en algunos casos, por las consecuencias graves que pueda

tener sobre el sentir del enfermo y su familia o por las dudas que el propio médico tiene.

La comunicación médico-paciente debe de tener como consecuencia la puesta en práctica de lo que los interlocutores acordaron. Al finalizar el acto médico, aunque el paciente diga que está convencido de un seguimiento de un tratamiento y ya no digamos de un cambio en su hábito de vida (y lo dice sinceramente) ello no se traduce en muchos casos en una realidad. El objetivo esencial en la comunicación, que es la puesta en práctica de una decisión, resultado de un diálogo, es lo que justifica el contacto profesional con el enfermo, y de ello depende que la consulta tenga éxito.

Pero en el diálogo con el enfermo todo este mecanismo comunicativo tiende a ser favorable, pues el enfermo es en principio receptivo porque busca ayuda voluntariamente y, en principio, está predispuesto favorablemente hacia lo que el médico le aconseja. El mensaje que recibe el paciente está condicionado por el grado de empatía durante la consulta y por “las consecuencias” que ésta tenga sobre su vida futura. Éstas pueden aceptarse pero con frecuencia se malinterpretan, casi siempre involuntariamente, bien porque la gravedad que conllevan cambian totalmente las perspectivas del paciente o simplemente, en casos menos dramáticos, porque este “las olvida” al encontrarse relativamente bien o por la incomodidad que conllevan (realizar exploraciones, intervenciones, tomar pastillas de forma continuada, asistir a consultas de seguimiento o cambios de estilo de vida).

En efecto hay muchos escollos en la comunicación con el paciente. La verdad que ambos buscan muchas veces no coincide, es distinta para el médico que para el enfermo.

El paciente puede no estar de acuerdo:

- Porque no entiende bien la realidad que el médico le abre
- Piensa que el médico ha malinterpretado lo que le ha dicho o que no le ha prestado suficiente atención o simplemente porque desconfía. Estas son quizás las causas más frecuentes.

- Porque no quiere saber toda la verdad, intuyendo la gravedad de un posible diagnóstico.

- El médico no quiere (por circunstancias sociales del propio paciente o su familia) decir la verdad o por lo menos no toda la verdad.

Todo esto erosiona el resultado de la entrevista. No habrá terapéutica para algo en el que el paciente piensa que no tiene o si éste no deposita su confianza en quien la prescribe.

La comunicación con el enfermo falla con gran frecuencia y es causa de la falta de seguimiento del tratamiento. El problema en estos casos está en uno o en otro (médico/paciente) o en los dos. Con el enfermo no cumplidor es necesario considerar no sólo su enfermedad sino también su no-cumplimiento como si éste fuese otro proceso añadido a su enfermedad. En ellos es importante esmerarse en el diálogo, hacerlo de forma concisa y asequible, tratando de sacar a la luz los motivos del no cumplimiento.

El mensaje del médico a su paciente, después del acto asistencial, puede tener distintos matices.

Puede ser una orden, lo que se denomina “orden médica” El médico “ordena” un tratamiento en general sin opciones a alternativas. Lo hace a través de una tercera persona como ocurre en una unidad hospitalaria. El enfermo no dice nada o apenas si puede decir nada, porque no la conoce o solo se le ha explicado parcialmente. Se puede pensar que la potestad con la que médico lo hace, proviene de su mayor conocimiento, sentido de superioridad o autoridad moral. En consultas ambulatorias, el paciente también puede percibir el mensaje del médico como una orden, porque que el paciente esté sometido a su esfera de poder por no existir competencias ni tener alternativas. El paciente (más que nunca lo es) lo oye y reacciona favorablemente, de forma automática (impresionado o no) o bien contrariado. En el mejor de los casos, estas reacciones las aprecia el médico y pueden motivar un nuevo diálogo que matice el mensaje y sobre todo abra alternativas.

El ruego. El médico enuncia una sugerencia para que el paciente la tenga en cuenta y la ponga en práctica, tratando de no ejercer influencia

alguna sobre su interlocutor. Este reacciona según el concepto que tenga del que hace el ruego o petición y por supuesto el tipo de petición de que se trate. El médico se posiciona en un nivel igual al receptor, expresa algo que es problemático para él, desvela un problema que le afecta, que siente o que incluso le preocupa. Como buen profesional desea que el paciente evolucione bien porque este es alguien que va a buscar su ayuda, que tiene una posible solución, pero que ésta exige que el paciente cumpla un tratamiento y al médico le disgustaría que no lo pusiese en práctica. Otro significado de un ruego es cuando expresa de forma condicional, “le rogaría” entonces se percibe como advertencia. Este tipo de mensaje más imperativo, puede deteriorar el resultado de la consulta y es contrario a un deseo de que el proceso comunicativo se consolide.

El comentario. Ambos médico y paciente, intercambian información sobre problemas que aunque parezcan triviales al médico o a un tercer testigo, siempre son importantes para el paciente. El médico comenta los pros y contras y el paciente decide, según sus valores personales, con los que el médico puede, o no, estar de acuerdo. De todas formas, todo lo que el médico dice, el paciente lo capta bajo la perspectiva de su propia persona, y cuando el problema planteado tiene cierta trascendencia, puede afectar no ya a su modo de vida sino a su existir a partir de ese momento, ello puede tener como consecuencias el cuestionamiento de su propio estar, y que esto desequilibre no ya su pensamiento sino su afectividad. Por eso, cualquier comentario del médico debe de ser meditado y cuidadoso y ajustado a la personalidad del enfermo y a la trascendencia del problema.

El consejo, es una opinión que el médico manifiesta al paciente, en relación con el procedimiento a seguir, dependiendo de sus circunstancias personales, al margen de protocolos rígidos de asistencia, o motivada y relacionada con otras opiniones contrarias o no de otros facultativos.

La recomendación, es la real y fría (dependiendo de cómo se exprese) manifestación de una verdad que el médico extrae de la

consulta, de la que está más o menos convencido y que desea que el paciente ponga en práctica para llegar a su diagnóstico, alivio o curación. Incluye una explicación de los procedimientos a seguir y de la necesidad de la firma del consentimiento si fuese necesario.

Muchas veces estas modalidades de respuesta del médico se mezclan, el enfermo también las capta de distinta manera, dependiendo de su educación, nivel cultural o grado de receptividad. Lo que para uno es un consejo, otro lo recibe como una orden. El paciente entiende y recibe mejor toda la información en la medida que es más conocedor, porque en este caso también el diálogo es más directo y sintético.

El diálogo con el enfermo tiene, salvo raras excepciones, las características de ser

- Voluntario, nadie va forzado al médico casi siempre lo hace con libertad, o solo obligado por su preocupación.

- Profesional, por ser alguien que consulta con una persona entendida

- Sincero, confianza mutua entre el que sufre y quien puede aportar soluciones

- Expectante, buscar una solución a un problema, con la duda, de ambos médico y paciente, de si la van a encontrar

Todas estas características hacen que tanto el médico como el paciente pongan interés en ese diálogo y que el resultado sea en general positivo, es decir, que ambos tengan al final del mismo grado de satisfacción.

La consulta fructifica cuando el médico tiene interés profesional y/o personal por el enfermo y el paciente es receptivo al diálogo y conclusiones del médico porque confía en él.

Entonces ambos se encuentran:

“Once we find each other the miracle begins”. Robert Shaw (director of Atlanta Symphony orchestra and Chorus)

Bibliografía

- Lloyd-Williams M, Carter Y. The need for palliative care to remain primary care focused. *Family Practice* 2002;39:219-220
- Jovell AJ. La historia natural de la profesión médica vista por un paciente. En Monografías. “Humanitas”. La profesión médica y los retos del milenio. 2004; N° 7:23-31
- Saultz J:W: Lochner JL. Interpersonal continuity of care and care outcomes. A critical review. *Ann Fam Med.* 2005; 3: 159-166