



## La relación médico-enfermo

Zamora Navas, Placido

*Director de la Revista SATO*

*Rev. S. And. Traum. y Ort., 2019; 36 (1/4): 06-07*

La relación entre cirujano y paciente ha evolucionado desde un modelo paternalista en el que el médico detentaba la propiedad del conocimiento y por lo tanto quien tenía capacidad para decidir entre lo que le convenía al paciente y lo que no. En esta situación el paciente se limitaba a asentir, entendido que el profesional proponía el escenario de mejor opción.

Diferentes episodios ominosos de la historia han hecho necesaria la elaboración de cartas de derechos de los pacientes. La aparición de estos episodios deleznable ha puesto sobre la mesa la necesidad de entender que en ninguna circunstancia se puede ir contra la voluntad de las personas en aras a un supuesto progreso de la ciencia.

Más aún, el paciente es el único propietario de su cuerpo y por lo tanto para tomar decisiones sobre él. Con ello, han entrado en escena los derechos de los pacientes y hacia ellos se ha derivado la capacidad para decidir lo que mas les conviene.

Esta autonomía de decisión tiene como piedra de toque que disponga de la información mas veraz disponible en cuanto a riesgos y beneficios antes de emitir su deseo.

No obstante, para que esta relación sea efectiva no basta con “informar los unos y decidir los

otros”. Falta algo; la comunicación. Esto es, que se establezca un verdadero clima en el que la información que provea el profesional reúna las características suficientes para que la toma de decisiones del paciente se lleve a cabo tras una verdadera comprensión de los términos y un justo balance entre lo que debe esperar y lo que puede ocurrir. Por lo tanto, consiste en proveer información que se traduzca en conocimiento y plantear dudas que se resuelvan. Es lo que se ha denominado relación tipo “frisbee”.

Por parte del traumatólogo hacen falta habilidades para transmitir. Pero ¿estamos suficientemente capacitados los profesionales para hacerlo correctamente?

Son tres los elementos que entran en juego por parte del médico; capacidad, formación y oportunidad.

### Capacidad

La capacidad para la comunicación está íntimamente relacionada con la personalidad. Por ello, cualquier intento de modificar este rasgo a través del aprendizaje puede verse como un atentado contra la propia esencia de la persona y su

expresividad natural y por lo tanto no está libre de una objeción que afecte a la intimidad. En este caso, como en todos aquellos que se refieren a objeción, la labor para incluir esta necesidad en el ejercicio profesional se encuentra con un escollo adicional a veces insalvable. En cualquier otro caso, esta característica de expresión es entrenable y con ello es posible alcanzar cotas de mejora sobre el punto de partida .

## Formación

En mas del 50% de nuestras facultades de Medicina se imparten asignaturas de perfil obligatorio que forman sobre comunicación y salud. ¿Es esto suficiente?

Las recomendaciones para conseguir una comunicación efectiva varían desde normas básicas de educación -como pueden ser saludar al paciente- hasta algunas que precisan entrenamiento -adaptabilidad del lenguaje- y otras que son características de la sensibilidad personal –la empatía–.

A pesar de que somos capaces de generar confianza entre nuestros pacientes (obtenemos 4.1 puntos sobre 5), nuestra empatía es la cualidad peor valorada (3,6 puntos sobre 5) tanto es así que el 17.8% de los pacientes consideran que el médico no les prestó atención. Esto conduce a que el 41.4% digan que a los médicos se les entiende mal. Y se les entiende mal porque utilizan términos que no se comprenden.

Esto lleva a que muchos pacientes se refugien en fuentes alternativas de información, algunas de ellas incontroladas, que funcionan como segunda opinión.

## Oportunidad

Tras el entrenamiento, la aplicación de las recomendaciones para una comunicación efectiva se considera que ocupa tiempo. En un entorno de alta presión asistencial en las consultas, esta no es una consideración menor.

Es indudable que toda puesta en marcha de habilidades, inicialmente precisa de un incremento en el tiempo dedicado. Principio aplicable cien por cien a la adquisición de maestría en la ejecución de intervenciones quirúrgicas. A la introducción de las habilidades adquiridas en comunicación también le es aplicable este principio. En un estudio que comparó el tiempo dedicado por profesionales entrenados en mejorar la capacidad de comunicación frente a los que no se expusieron, la diferencia fue de menos de 1 minuto (7.8 vs 8.5). Si bien hay que decir que, durante la fase de puesta en marcha del entrenamiento la entrevista puede ocupar mas tiempo con un total de 11 minutos por paciente, haciendo una cuenta fácil, 48 segundos por una consulta de 30 equivale a una necesidad de disponer de 24 minutos adicionales.

A cambio de esos 24 minutos, la comunicación efectiva con los pacientes tiene reconocida una mayor adherencia al tratamiento , mayor satisfacción del paciente , mayor satisfacción del profesional disminuyendo la aparición del fenómeno de burn out, disminución en las reclamaciones contra profesionales

En una sociedad que adolece de falta de comunicación, la relación médico paciente no puede permitirse ser un diálogo de sordos.