



Modelos de Comunicación en la Relación Médico-Paciente

Dr. Lawrence Wissow

Medical Doctor por la Universidad de Duke, es Magna Cum Laude en Literatura Francesa, Post-Grado en la Escuela Normal Superior de Paris, Especialista en Pediatría y Psiquiatría por el John Hopkins Hospital, está certificado, post-graduado en Bioética, Neurología y Psiquiatría Infantil, ha sido Vicedirector del Comité de Investigación Humana de la Escuela de Higiene y Salud Pública del John Hopkins Hospital, Profesor Asociado en la División de Políticas de Salud de la Escuela de Higiene y Salud Pública de John Hopkins, actualmente atiende a niños con VIH y emigrantes en una Clínica privada y autor de artículos sobre comunicación médico-paciente, entre otros temas.

Buenos días a todos Doctor Tena, Comisionados, damas y caballeros, es un gran honor estar aquí en la Ciudad de México y reunirme con este distinguido grupo de oradores e invitados y en especial este maravilloso grupo de clínicos, educadores e investigadores y quiero agradecer en especial al Doctor Jorge Sánchez y su grupo de Difusión e Investigación de CONAMED por su amable y calurosa bienvenida y por su generosidad. Se trata de una visita que recordaré mucho tiempo.

Necesito también decirles la maravillosa experiencia que ha sido poder visitar las instalaciones de CONAMED, había escuchado y leído bastante sobre esta institución antes de venir pero lo que vi excedió mis expectativas. Creo que el cuidado y profesionalismo que CONAMED muestra a los pacientes es un modelo verdaderamente internacional que muestra cómo una dependencia del gobierno puede trabajar eficazmente a nivel de cada persona que acude a este lugar en momentos muy difíciles, entonces fue para mí un gran privilegio visitar CONAMED y espero aprender más y platicar a mis amigos sobre este maravilloso modelo.

Es un privilegio para mí estar aquí en este momento cuando muchos de ustedes están pensando cómo integrar la capacitación de comunicación con la preparación médica. Aunque hemos hablado sobre este tema desde hace mucho tiempo en Estados Unidos, tenemos mucho que aprender de sus esfuerzos, hay planes en Estados Unidos actualmente para pedir a todos los estudiantes que se gradúan de medicina que muestren proeficiencia y comunicación interpersonal, pero exactamente cómo estarán preparados para estos exámenes y exactamente cómo se les examinará, son puntos que todavía tendrán que ser determinados. Entonces espero que hoy en la tarde y mañana, pueda aprender y determinar cómo enseñar la comunicación a nuestros estudiantes ¿Qué les debemos enseñar? Y por último ¿Cómo evaluar los efectos de nuestras enseñanzas?

Entonces, mi plática iniciará centrándose en los reclamos por negligencia en Estados Unidos pero en realidad tiene otra vertiente y haré lo que siempre me han dicho mis profesores que haga y eso es platicarles lo que voy a decir, decirlo y luego repetirlo. Quiero resumir los puntos principales de mi presentación.

El primero es que creo que sabemos mucho sobre los componentes de la comunicación humana médico-paciente eficaz, pero en realidad no sabemos si estos componentes son tan universales como pensamos, especialmente cuando tratamos de aplicarlos en diferentes culturas y sistemas médicos.

Segundo, aunque sentimos que sabemos mucho sobre cómo enseñar las habilidades de comunicación y tenemos experiencia al llevarlo a la práctica en un contexto muy grande como en el modelo E4 que mencionó el Doctor Tena, en realidad tenemos mucha más experiencia al hacerlo a escala menos experimental y no hemos determinado ninguna manera de enseñar la comunicación. De hecho lo que sabemos es que en esta situación como en muchas otras, una sola talla no queda a todos, no sé si esta frase se pueda traducir al español. Pero la idea es que un método de enseñanza de las habilidades de comunicación proba-

blemente no sea adecuado en todos los países, en todos los niveles de estudiantes y viendo las diferentes áreas de especialidad del sector médico.

Tercero, quiero decirles que aunque tenemos experiencia al hacer que nuestros estudiantes y residentes aprendan las habilidades de comunicación y en parte porque lo tienen que hacer si les decimos que es lo que queremos que hagan, tenemos mucho menos experiencia en tener acceso a los médicos quienes ya trabajan en clínicas y que están en el campo y no necesariamente entendemos cómo subir y llevar las habilidades de comunicación a un nivel suficientemente alto de prioridad como para que estos médicos dediquen su breve y precioso tiempo para la educación continua y trabajar en sus habilidades de comunicación.

Entonces me gustaría empezar con la parte central de mi conferencia y hablar sobre la comunicación médico-paciente y la prevención de quejas por negligencia, nuestra situación actual.

La fundación de CONAMED precedió tan sólo por unos meses la publicación del artículo de Levinson en el JAMA en 1997 y es un estudio al que frecuentemente se hace referencia y relaciona las quejas por negligencia médica en Estados Unidos con sus estilos de comunicación.

En este trabajo, Levinson y colegas compararon a médicos que habían recibido 2 o más quejas por negligencia con aquellos que nunca habían recibido una queja contra ellos. Vieron las características de las consultas hechas por esos doctores para tratar de entender los tipos de habilidades de comunicación que pudieran haber marcado la diferencia y lo que descubrieron fue que los médicos que no habían recibido quejas, habían hecho mejor trabajo para orientar a sus pacientes con respecto a lo que iba a suceder durante la consulta. Usaron el buen humor en la consulta, hicieron cosas que facilitaron la participación del paciente y tuvieron más tiempo de consulta, aproximadamente 18 minutos por consulta a diferencia de 15.

Se trata de consultas relativamente largas pero estas fueron las características.

Siete años después, vale la pena volver a ver este artículo porque se hace referencia a éste con tanta frecuencia y tenemos que revisar lo que sabíamos y lo que no sabíamos desde esa época.

Por un lado, los hallazgos de Levinson coinciden con los de otros estudios posteriores en el área de consulta de atención primaria. La satisfacción de los pacientes es claramente más alta cuando los médicos se centran en el paciente y cuando las consultas son más prolongadas que el tiempo promedio.

Sin embargo, algo que se deja de lado cuando se hace referencia al estudio de Levinson en la literatura y se deja como una razón para incluir las habilidades de comunicación en las materias que se cursan en la carrera de medicina, es el hecho de que estas relaciones que encontraron entre las quejas por negligencia y estilos de comunicación únicamente se presentan en los médicos familiares.

Al mismo tiempo estudiaron a los cirujanos, entre quienes los estilos de comunicación no tuvieron ninguna relación con el historial de quejas por negligencia médica.

Aparentemente no se vieron muchas razones obvias por las que pudieran ser diferentes estas relaciones entre la comunicación y las quejas entre cirujanos y médicos familiares.

En sus estudios grabaron las consultas entre los pacientes y médicos; entonces en el caso de los médicos de cabecera lo hicieron en sus horas normales de consulta y en el caso de cirujanos, lo hicieron en consultas antes o después de la cirugía del paciente y lo que pueden ver aquí es que las consultas con cirujanos no fueron diferentes a las consultas de los médicos familiares. Las consultas con cirujanos tendieron a ser ligeramente más breves, 13 ó 14 minutos en lugar de 15 ó 18.

La cantidad de contenido biomédico, en otras palabras, tomar toda la plática y ver cuánto se habló del aspecto psicosocial y cuánto se refirió simplemente a temas médicos es más o menos lo mismo. Un poco más del 90% entre cirujanos y entre 85% y 90% entre médicos familiares.

La extensión en la que los médicos controlaban la consulta, cuánto era lo que hablaba el médico, no marcó la diferencia, aproximadamente 1.4 a 1 comparado con 1.3 a 1 en el caso de los médicos familiares.

De hecho en las consultas con el cirujano, los pacientes hacían más preguntas, un promedio de entre 5 y 6 por consulta y únicamente 4 en las consultas con el médico de cabecera. Entonces, vemos que el estilo de comunicación de los cirujanos no fue radicalmente diferente del estilo de comunicación del médico familiar; entonces la pregunta es ¿Por qué las habilidades de comunicación de los cirujanos no se relacionaba con las quejas por negligencia como en el caso de los médicos familiares?

Entonces lo que propuso el grupo de Levinson con esa diferencia tan importante entre las consultas a cirujanos y a médicos familiares fue que había una diferencia inherente en el equilibrio del poder y riesgo presente entre paciente y médico en la consulta con el cirujano.

Los pacientes de cirugía mostraron más probabilidad de estar en posición donde se tenía que hacer algo y posiblemente se esté hablando de una condición muy deshabilitante o que amenaza la vida y por otro lado los pacientes de medicina familiar era más probable que hablaran de condiciones crónicas con una amplia gama de posibilidades de tratamiento.

Entonces Levinson hizo la hipótesis de que en este estado emocional, los pacientes de cirugía se comunican mejor, aceptan más el tono con el que los médicos dicen las cosas en lugar de escuchar exactamente las palabras.

Entonces escucharon las cintas de audio de las consultas con cirujanos e hicieron algo muy creativo. Tomaron extractos de 10 segundos de las consultas, uno del inicio y uno del final y pasaron el sonido por un filtro, entonces las palabras dejaron de ser entendibles pero quienes escuchaban podían escuchar en audífonos y sólo oír el tono de voz de los cirujanos.

Lo que descubrieron fue que los cirujanos cuyos tonos de voz se consideraron tonos de voz dominantes tenían mayor posibilidad de haber recibido quejas por negligencia, aquí vemos el incremento en las posibilidades de que los médicos

cuyo tono de voz se había clasificado como alto y dominante tenía mayor probabilidad de ser demandado y si el tono de voz del médico, por otro lado, parecía expresar preocupación, tenía la mitad de probabilidades de ser demandados.

Lo importante aquí es que los que calificaron y que no sabían sobre el historial de quejas por negligencia de estos médicos pudieron escuchar 20 segundos de su plática, sin escuchar las palabras, simplemente escuchaban el tono de voz y pudieron diferenciar a aquellos médicos que habían recibido quejas por negligencia y los que no.

Entonces la pregunta es ¿Qué podría significar este tono de voz dominante para los pacientes? El tono de voz solo aunado a las expresiones faciales es una de las claves que usa la gente para juzgar la personalidad y la motivación de las personas con quienes hablan. Y los pacientes que oyen un sonido más dominante y menos preocupados pudieron haber sacado conclusiones con respecto a las motivaciones de los cirujanos, probablemente se trate de pacientes que con el tiempo demandaron a los médicos y utilizaron estas percepciones con respecto a la motivación, como lo dijo el Doctor Tena cuando deciden cómo reaccionar ante resultados no deseados.

Hay una segunda gran diferencia entre los pacientes de cirugía y de medicina familiar detectada en el estudio y ésta reside en el tiempo que se han conocido pacientes y médicos. En las consultas de medicina familiar, casi todos los pacientes del estudio habían visto al médico por lo menos 2 veces anteriormente, son relaciones longitudinales y podemos suponer que algunos habían tenido relación con el médico desde hace más tiempo pero en las consultas al cirujano, los pacientes podrían estar visitando al médico por primera vez y pudieron no necesariamente volver a ver al cirujano, entonces esto nos hace pensar en el papel que juega la continuidad o atención a largo plazo en la relación médico-paciente.

Pero al menos en Estados Unidos, sabemos que los pacientes de médicos familiares generalmente prefieren ver a su propio médico aunque hayan reportado insatisfacción con su estilo de comunicación. Las relaciones de mucho tiempo parecen tener la capacidad de eliminar las barreras de comunicación.

Hicimos un estudio en Baltimore donde vimos a mamás jóvenes que traían a sus niños a consulta con el pediatra y lo que observamos fue que al principio había diferencias étnicas entre mamás y médicos al ver la información psicosocial que dieron las pacientes.

La cantidad de información psicosocial, lo personal, cómo me siento, si estoy preocupado, si estoy triste, si estoy deprimida, información que la nueva mamá da a su pediatra y pensamos que ésta es información muy importante porque ahora en Estados Unidos se pone mucha atención a la depresión materna como causa de problemas de salud mental en niños y también en casos de abuso de niños.

Entonces es importante que los papás puedan expresar su estado de ánimo con sus médicos y lo que observamos fue que la cantidad de plática psicosocial por parte de madres Áfrico-americanas al hablar con sus médicos, era al principio relativamente poca pero aumentó a medida que aumentaba el número de consultas con el mismo médico.

De hecho lo que se descubrió fue que aunque existía una barrera étnica en la discusión representada por la diferencia de raza del doctor y paciente, el tiempo cura eso.

Una cosa importante y no quiero ofender a mis colegas de sexo masculino del público es que hay un efecto claro determinado por el género del médico en este estudio.

Aquí lo interesante es que este cambio en comunicación entre las mamás afro americanas y sus médicos, en su mayoría blancos, se detecta únicamente con médicos de género femenino, esto no se vio entre médicos de sexo masculino. De eso hablaremos después.

Uno de los grandes problemas que sentimos al hablar de la comunicación entre médicos y pacientes es que los hombres parecen ser el problema. Yo lo digo a pesar de ser hombre.

En realidad no sabemos porque hay este cambio en particular en madres afro americanas aunque algo que se discutió es que debido a la confianza, como algo que se desarrolla con el tiempo en la relación.

Sabemos que la duración de la relación se correlaciona con cuánto confían los pacientes en sus médicos. Y la confianza también es un predictor muy importante de la satisfacción total del paciente con sus médicos.

Si ven estos datos de aquí, esto lo hizo Thom en Estados Unidos donde estudió la confianza entre médicos y pacientes con profundidad.

Lo importante aquí es que antes de la consulta se pidió a los pacientes que calificaran cuánto confiaban en sus doctores y que lo hicieran indicando confianza alta, moderada o baja y lo que descubrieron es que esa confianza se relaciona mucho con la satisfacción del paciente después de la consulta y en los pacientes que reportaron sentirse mejor después de la consulta y lo que pueden ver aquí es que los pacientes que dieron baja confianza a los médicos desde el principio tenían pocas posibilidades de quedar satisfechos con la consulta, sin importar lo que sucediera, 20% de ellos dijeron que habían quedado satisfechos después y únicamente 40% de ellos sentía que habían mejorado sus síntomas; comparado esto con aquellos pacientes que dijeron que confiaban mucho en sus médicos y casi 30% de esos pacientes dijeron satisfechos con las consultas y un poco más de la mitad sintieron que sus síntomas habían mejorado.

Entonces la confianza tiene una fuerte relación con la satisfacción y el resultado.

Ahora la pregunta es hoy ¿Cuáles son los estilos de comunicación que podrían ayudar a generar confianza? Y las preocupaciones de que pudieran no ser necesariamente los mismos que nosotros sentimos debemos enseñar al hablar de comunicación centrada en el paciente o en la persona.

En otro estudio de pacientes de medicina familiar realizado en Estados Unidos, Thom y colegas dijeron que los factores más estrechamente relacionados con la confianza fueron el hecho de sentirse cómodos y cuidados por los médicos, eso nos lleva a lo que decíamos de comunicación centrada en el paciente. Ser motivantes y responder a las preguntas y lo más importante probablemente sea

dar la sensación de ser competentes. Sin embargo, algo de lo que hablamos en el área de consentimiento informado o en otros procesos centrados en pacientes como pudiera ser una plática sobre las opciones de tratamiento o pedir la opinión del paciente o de hecho ser tratado como alguien igual fueron calificados por los pacientes como factores menos importantes hablando del sentimiento de confianza en el médico.

Entonces lo que creemos tener es que los pacientes confían en los médicos cuando sienten que son cuidadosos, conocedores y que se puede hablar con ellos pero no necesariamente tan sentimentales o involucrados en tratar de tener una relación de igual a igual.

Tenemos estas tres grandes áreas de confianza que tienen sentido para nosotros y ahora tenemos que tratar de saber cómo lograrlas.

Ésta es la clasificación de los factores que intervienen en el sentimiento de confianza en sus médicos. La idea de que el médico sea honesto, que sea confiable y la idea de fidelidad/agencia; en otras palabras, saber si el médico actuará para mi mejor interés y a mi nombre.

La pregunta es ¿Cómo se crea la confianza?

Parece que la confianza se genera de varias maneras. Ya hablamos de la idea de que ésta se genera con el tiempo y la idea de que se desarrolla por las acciones específicas a la función que muestran los médicos y el otro punto importante que trato de señalar aquí es que las pláticas con los pacientes también muestran que la confianza a veces se basa menos en factores tangibles como la conducta del personal médico y del doctor y el tono de la voz, sino que también proviene de otras impresiones que tienen los pacientes cuando van al consultorio médico.

Si ponemos estos hallazgos junto a los datos de quejas por negligencia de Levinson, una de las conclusiones es que probablemente los cirujanos enfrentan un trabajo más difícil que los médicos familiares al generar confianza. Tienen menos oportunidades en el tiempo de demostrar su credibilidad y menos posibilidades de acción para mostrar su competencia y agencia; sin embargo, lo que probablemente tengan que hacer por otro lado es tratar de aparentar ser personas dignas de confianza en encuentros muy breves.

Ahora pasemos de la confianza a otras dos áreas importantes para tratar de entender lo que hay que enseñar sobre comunicación médico – paciente, se trata de la etnicidad y el género. En Estados Unidos, los pacientes que pertenecen a grupos étnicos minoritarios generalmente dicen que tienen menos confianza en sus doctores. Los pacientes de grupos minoritarios tienden a sentir que la confianza es todavía menos si no tienen la oportunidad de ver al mismo doctor en repetidas consultas. Lo que no sabemos es la extensión en la que esta falta de confianza reside en el paciente; en otras palabras, simplemente te veo diferente a mí y me cuesta trabajo confiar en ti o si en realidad son las diferentes conductas de los doctores cuando dan consulta a pacientes que pertenecen a grupos étnicos o culturas diferentes. En Estados Unidos se han hecho estudios que sugieren que, por ejemplo, los pacientes afro-americanos sienten que sus médicos no tienden a facilitar su participación en las consulta cuando comparamos lo que sucedería si

estos mismos pacientes visitaran a médicos africo-américanos. Ahora, vimos un reflejo de esto en ese mismo estudio del que ya les hablaba anteriormente sobre las consultas con las mamás. Si vemos los casos donde los pacientes y los médicos pertenecen al mismo grupo étnico y vemos simplemente el número de palabras que usan los doctores en una consulta donde el médico está concentrado en el paciente, justo lo que tratamos de enseñar a la gente; si por otro lado pertenecieran a grupos diferentes, éste es el número de palabras que vimos pero en promedio si el doctor y pacientes son del mismo grupo, hubo considerablemente más palabras centradas en el paciente provenientes del doctor; entonces, la interpretación de estos datos nos indica los doctores parecen sí comportarse de manera diferentes con pacientes de sus propios grupos étnicos a diferencia de las consultas donde atienden a pacientes de antecedentes étnicos diferentes.

Ahora, todavía tenemos que determinar qué sucede primero. Una posibilidad es que hay algunas conductas por parte de los pacientes que dificultan que los doctores hagan las cosas que hemos tratado de enseñarles. Entonces una forma de clasificar lo que sucede es grabando estas consultas y ver la secuencia del diálogo que sostienen el médico y el paciente. Podemos remitirnos a la grabación en audio y podemos calcular el valor numérico de cada palabra, les damos un número que depende del orden en que se dijeron las palabras.

Vemos que en general los diálogos centrados en el paciente tienden a presentarse antes de que el paciente revele información y nuestra interpretación nos dice que en realidad los doctores se estaban conduciendo de manera diferente, la razón por la que estas madres africo-américas no dieron tanta información psicosocial al inicio de las relaciones es simplemente porque los doctores pedían poca información. No sabemos exactamente por qué sucede eso, si los pacientes sienten temor de ofender, si los doctores hacen juicios de las cosas de las que no quieren hablar los pacientes, eso no lo sabemos pero sentimos que, al menos, tomando estas indicaciones que el verdadero problema es que el doctor ve a alguien diferente y tienen una conducta diferente a la que tienen cuando están interactuando con un paciente que se ve parecido.

El otro tema importante es que esta información proviene de consultas entre doctores blancos y pacientes africo-americanas en Estados Unidos. Tenemos poca información sobre este tipo de cosas que suceden en las consultas del Reino Unido donde hay más variedad de médicos y mayor variedad de pacientes, al menos por lo que vimos en algunos estudios y por otro lado en Estados Unidos vemos varios estudios que sugieren que las diferencias y similitudes en grupos étnicos marcan una diferencia y que es mejor para propósitos de comunicación. Algunos estudios del Reino Unido parecen sugerir lo contrario y en específico cuando médicos asiáticos dan consulta a pacientes asiáticos, ellos tienen un estilo de consulta mucho más formal y menos revelación de información delicada pero cuando esos pacientes asiáticos se reúnen con un doctor africano o blanco, ellos dan mucho más información. Entonces este tema de similitud étnica es un tema difícil de atender e indica que la especificidad cultural de gran parte del trabajo en el área de la comunicación que hemos hecho y uno de los puntos que quisiera

señalar al final de mi plática es que gran parte de la información viene de estudios europeos, británicos y norteamericanos y necesitamos más estudios de América Latina y de Asia y otras partes del mundo para determinar si algunas de las cosas que creemos son correctas con relación a la comunicación médico-paciente aplicada en las diferentes culturas.

Ahora quisiera hablar sobre el tema de género. Sabemos que el género del paciente y del médico juegan un papel en el nivel de satisfacción pero no siempre como uno lo podría esperar. Hay mucha literatura en Estados Unidos que indica que los médicos de sexo femenino son mejores comunicadoras que los hombres. Se relacionan en un diálogo más activo y más positivo con los pacientes, dan más asesoría, hacen más preguntas sobre sentimientos y emociones y sus pacientes reaccionan de manera recíproca al dar más información.

Sin embargo el nivel de satisfacción que esperaríamos de médicos de sexo femenino no necesariamente es más alto que el nivel que se obtiene con médicos de sexo masculino. Una de las razones de esto parece ser otro factor que hay que considerar y que es la opción que tiene el paciente.

Este es un estudio que se hizo en el sistema Keiser, una organización muy grande de asistencia para la salud, donde se enseña ampliamente el sistema de comunicación E4 a los médicos y aquí se vio la interacción entre la opción del paciente y el sexo del médico y se descubrió que las personas tienen la posibilidad de seleccionar al doctor y luego se vio el nivel de satisfacción, primero, aquellos que tuvieron la posibilidad de seleccionar a su doctor y que eligieron a una mujer estaban menos satisfechos que aquellos que habían tenido la oportunidad de seleccionar a su doctor y que había sido médico de sexo masculino. Este 74 vs 79 y 85 vs 80.

Lo que es interesante es que si las personas son asignadas a un médico, en general los niveles de satisfacción fueron más bajos pero no vemos en realidad diferencias en sexos; entonces el punto principal que quiero indicar es que tenemos longitudinalidad, tenemos la especialidad, tenemos la etnicidad, el género y las opciones del paciente, todo es parte de este complejo círculo de qué es lo que tenemos en la satisfacción y qué tipos de habilidades de comunicación estamos enseñando. Entonces quiero agregar otra capa a esto y hablar de la idea de trabajar en la confianza y satisfacción en consultas donde hay más de una persona.

En Estados Unidos, entre 20 y 50% de las consultas con pacientes de la tercera edad son consultas donde hay alguien más aparte del paciente, frecuentemente es un hijo adulto de ese paciente, a veces un cónyuge, a veces sólo un amigo, pero consultas en las que hay varios pacientes, esto es sumamente común. Y en las consultas al pediatra, en todas éstas tenemos a otra persona, un papá. Entonces la pregunta es ¿Cuáles habilidades de comunicación deben usar los médicos en consultas donde hay varias personas en el consultorio y qué tipos de estilos de comunicación llevan a la satisfacción en esas consultas con varias personas?

Una preocupación y de esto oiremos mucho más mañana, desde el punto de vista de la Bioética es lo que el médico debería hacer para facilitar la participación de un paciente si hay alguien más en el consultorio.

Esa otra persona tiene la oportunidad de participar en las decisiones médicas, qué información se les debe dar, qué información es confidencial, tal vez, entonces hay varias preocupaciones pero lo que quiero hacer es darles unos datos.

Los niveles de satisfacción de un estudio hecho con consultas por problemas de asma al pediatra. Se trata de consultas en salas de emergencia, hay un niño de entre 5 y 12 años de edad, un papá y llevan al niño por un caso agudo de asma. Medimos la cantidad de comunicación entre el médico y el niño y la cantidad de comunicación entre el médico y el paciente y tratamos después de correlacionar eso con el nivel de satisfacción del papá. Lo importante aquí es que vemos un patrón complicado ya que si le preguntamos a los papás si el médico hizo un buen trabajo, eso realmente corresponde a las consultas donde el médico habla más con el paciente o cuando se concentran en el niño.

Si le preguntan a los papás si el médico les informó correctamente la información, es un hecho que se relaciona con las consultas que se centran en los papás. Si le preguntas al médico si hubo buena comunicación por parte de los papás, eso se correlaciona con el hecho de que el médico les hable a ellos. Pero si luego ves si el médico logró que el niño hablara más, eso se correlaciona al hecho de que el médico haya hablado con el niño.

Entonces volvemos a tener este patrón donde por lo general, la satisfacción se relaciona no sólo con el médico concentrado en una persona sino con las dos que van a consulta y realmente no tenemos datos similares para consultas con pacientes adultos y también vemos que estos tipos de patrones de satisfacción varían en diferentes culturas y con diferentes expectativas y también con el hecho de que por ejemplo se espera que mi esposa tenga algo que decir en una consulta donde yo voy a consulta.

Ahora regresemos a las observaciones de Thom sobre la interacción entre médico y paciente y contextos más grandes y la satisfacción y los sentimientos de confianza que reciben los pacientes por parte del médico depende no sólo de lo que hacen los pacientes y médicos sino en lo que sucede en el consultorio cuando llega el paciente a consulta.

Un grupo en Estados Unidos encabezado por Crabtree ha estudiado consultas familiares en Estados Unidos y sugieren que la práctica a nivel individual tiene diferentes culturas, en otras palabras, cada consultorio tiene su propio tipo de atmósfera.

Las diferentes consultas tienen metas que varían dependiendo de la extensión y naturaleza en la que son explícitos y aunque parecería que las instalaciones clínicas están preparadas para dar servicio a los pacientes, también tienen mayor o menor grado sentido de responsabilidad con su comunidad y mayor o menor sentido de compromiso por satisfacer las necesidades individuales del personal médico, sus objetivos relativos a avance en su carrera, satisfacción con el empleo o seguridad financiera.

Otra cosa que vemos es que en las diferentes prácticas hay diferentes métodos de organización y en especial en relación con la claridad y la flexibilidad de las responsabilidades del personal. Lo que algunos estudiosos de las organizacio-

nes de servicio en Estados Unidos sugieren es que la función primaria de una unidad médica es ser capaces de enfrentar lo que ellos llaman las sorpresas; en otras palabras los pacientes no presentan los mismos problemas, a veces vienen con preocupaciones que parecerían urgentes, las cosas nunca salen como se esperan y entonces la función principal del médico es poder enfrentar estas cosas inesperadas y uno de los pensamientos es que la habilidad de una organización para enfrentar estas sorpresas en realidad depende de la claridad y flexibilidad del personal, de que las personas se puedan comunicar con los demás, saber si son flexibles en sus tareas y cómo le parece todo esto a los pacientes. En otras palabras, cuando yo entro y digo, inesperadamente tengo este síntoma o inesperadamente lo que usted me dijo la última vez no funcionó o vengo a mi consulta pero me tengo que ir rápidamente porque mi hijo está enfermo; el personal puede responder ante estas situaciones de tal manera que se genere confianza y hacer sentir a la gente que el personal está trabajando para ellos o es un momento en el que el paciente tiene la impresión de que no me estoy conduciendo correctamente y por consiguiente te enojas conmigo y tenemos pensamientos muy diferentes.

Algo que hemos descubierto es que es muy difícil que el médico genere confianza si el paciente ya tuvo que pasar por varias capas de mala comunicación en la recepción primero y luego con la enfermera y luego con alguien más; entonces el punto aquí sería que mientras uno se quiere centrar mucho en la comunicación entre el médico y el paciente, necesitamos también centrarnos en la comunicación que se logra en el contexto médico, entonces los médicos no son los únicos en los que necesitamos centrar nuestros esfuerzos de comunicación.

¿Hacia donde vamos? Hay muchas cosas que tenemos que explorar si queremos en verdad entender más sobre el estudio original de Levinson.

Ser un médico centrado en el paciente es algo bueno pero la forma en la que lo muestra podría depender mucho de su especialidad y en el hecho de ver a los pacientes más tiempo o no. También su género podría marcar la diferencia y si son médicos de sexo masculino tendrán que trabajar más esto que las mujeres y también dependemos del hecho de que los pacientes nos hayan seleccionado o si les fuimos designados.

Lo que sucede en la sala de espera importa mucho y por último nada podría aplicar fuera de los ambientes en los que se hicieron los estudios; como ya dije, estos datos vienen de Europa y de Estados Unidos y no queda claro cuándo aplica a atmósferas en México, América Latina u otros sitios del mundo y por consiguiente creo que una cosa maravillosa que ustedes hayan venido aquí para recapacitar en cómo hacer este tipo de investigación y en otros países.

Ahora quiero hablar de la suposición que hemos creado para cualquier contexto, cómo queremos tratar de capacitar a la gente y tratar de entender lo que queremos hacer.

Una de las cosas que ustedes mostraron aquí es que los estudiantes de medicina y residentes, como en cualquier otra parte del mundo, generalmente son muy receptivos para tener esta capacitación y ésta tiene efectos positivos pero ha

sido mucho más difícil reclutar y capacitar a médicos ya experimentados que ya están practicando y aunque se hacen muchos esfuerzos a gran escala para lograrlo en el Reino Unido y en Estados Unidos, los estudios que esperamos muestren cambios en las habilidades o en los resultados todavía se tienen que hacer y ahora quiero platicarles un poco sobre el estudio que estamos haciendo dónde tratamos de hacerlo, ahora no les podré dar resultados pero sí les platicaré lo que estamos tratando de hacer.

Estamos tratando de enseñar a médicos experimentados en el área de atención primaria pediátrica, un conjunto de habilidades de comunicación cuyo objetivo es mejorar su manejo de problemas de salud mental en niños.

Eso parecería muy específico a la salud mental pero en realidad viene de los estudios generales de comunicación y lo que observamos es que los pediatras hicieron muchas cosas para desalentar activamente a los papás para expresar sus preocupaciones y es lo que ya estuvimos diciendo anteriormente: no describen los tipos de tratamientos disponibles, cambian el tema de conversación cuando las personas hablan específicamente, siempre parecen estar estresados y sin tiempo.

Las cosas que necesitamos tratar de hacer primero es entender el tipo de contenido de capacitación, es atractivo a las prioridades de los médicos y a nuestra meta de mejorar la atención médica. Lo que concluimos es que hay tres metas que a mí me parecen la necesidad de atacar las prioridades propias de los médicos y nuestra prioridad para mejorar la comunicación porque recuerden que no son necesariamente las mismas cosas.

Descubrimos que los médicos estarán potencialmente interesados en programas de capacitación que los ayuden a ser más eficientes, que les ayuden en las consultas que hagan sentir cómodos a los pacientes, en otras palabras consultas con pacientes que expresen demasiadas emociones y por último que los ayuden a ser más eficaces en su tratamiento y a dar asesoría sobre problemas de salud mental.

El punto es que antes de decidir lo que queremos enseñar, tenemos que saber qué sería de interés para los médicos y luego tratar de hacer un paquete con nuestras habilidades de comunicación para que los médicos lo consideren importante y aplicable a su trabajo.

La siguiente pregunta fue que los médicos pueden tener un interés intelectual en los temas que presentaremos pero realmente qué los motivará a participar en algún tipo de sesión de capacitación, cuáles son algunas de las razones por las que las personas querrán aprender las habilidades.

También podría suceder que las personas simplemente perciben el área de comunicación como algo muy tensionante para ellos y podría querer participar por esa razón.

Un segundo punto es que los médicos podrían sentir que esto los ayudará a administrar mejor su tiempo, si se comunican mejor tendrán menos pacientes que regresen con más quejas o que podrán administrar y hacer sus consultas más breves.

Pero vimos que en realidad son dos cosas las que incentivan a los doctores con quienes trabajamos para seguir con sus estudios de aprendizaje continuo. Uno es la influencia de un líder de opinión o administrador y probablemente eso sea lo más importante para todos ustedes.

Ustedes hoy están aquí y son líderes de México y será la influencia de ustedes lo que haga que sus colegas vengan y aprendan estos tipos de habilidades que en este momento probablemente digan que no tienen tiempo de aprender y por último descubrimos algo ya sabido desde hace mucho tiempo por los representantes de laboratorios farmacéuticos, a través de ellos es más probable que estén dispuestos a venir y escuchar lo que nosotros tenemos que decir, entonces nosotros somos muy liberales al chantajear a los estudiantes con alimentos, con pequeños presentes y en particular créditos de educación continua que son caros en Estados Unidos y difíciles de obtener.

La siguiente pregunta que nos hicimos fue cómo tratamos de enseñar este tipo de cosas y hay un dilema hablando del contexto de aprendizaje. Lo que quiero comparar aquí es el hecho de tratar de enseñar esto en las clínicas de los médicos, en el tiempo donde están atendiendo a los pacientes o lo hacemos en una conferencia como ésta donde se trae a los médicos.

Se ha visto que hay un efecto de compensación. Esto parece más significativo para ellos; en otras palabras si me doy tiempo durante mis horas de trabajo, para propósitos de recibir mi capacitación de comunicación, podré aprender las habilidades y salir inmediatamente al área de consulta y practicar lo aprendido y mi mente se centra en ese momento en la relación médico-paciente pero es claro que es más estresante y el tiempo es limitado.

Como pueden imaginar si estoy yo en una sala de conferencias con mi presentación en computadora, listo para dar información sobre la comunicación médico-paciente y no hay nadie diciéndome que hay alguien afuera enfermo, entonces éste tipo de contexto es muy limitante. Por otro lado si tratamos de hacer que las personas asistan, durante un fin de semana, en una conferencia como ésta, tendremos más tiempo para discutir y participar pero es más difícil relacionarlo con la práctica diaria. Nuestra impresión es que las personas salen de una sala de conferencias y se les olvida al llegar a los consultorio y también sabemos que es muy difícil programar estas cosas.

El siguiente tema es cómo enseñar esto. Todo lo que sabemos con respecto a la educación de los adultos es que la capacitación debe centrarse en el aprendizaje. Necesita haber mucha participación con los compañeros, que de hecho nosotros mismos somos los mejores profesores y lo que necesitamos nosotros hacer es simplemente darles información y darles a ustedes la oportunidad de platicar sobre cosas, reflexionar y hablar entre ustedes.

El problema con eso es que se necesita de mucho tiempo y no es necesariamente adecuado para aquellos que están ansiosos o que lo rechazan y descubrimos que en la capacitación de las habilidades de comunicación, muchos de nuestros médicos son muy ansiosos, especialmente cuando se les pide hacer una simulación o dar una consulta a pacientes estandarizados (actuados) y todavía peor si les

pedimos ser grabados y pedirles que se vean en la grabación y lo que escuchamos frecuentemente de los doctores es que pueden hacer operaciones críticas, pueden ir con un paciente que está muriendo y hablarle sobre cosas difíciles pero si me pides que vea a un paciente simulado en una grabación, sudo y estoy muy nervioso.

Entonces, es difícil hacer esta enseñanza centrada en el aprendizaje. Por otro lado la gente está muy cómoda con el tipo de conferencia que estoy dando ahora. Si es un tema muy conocido o no, es fácil para nosotros estandarizar la presentación, yo me puedo aprender la conferencia para repetirla una y otra vez pero como ustedes probablemente ya lo están viendo, se vuelve rápidamente aburrido; entonces necesitamos una combinación de estos estilos de capacitación.

Ahora, el último punto que necesitamos aquí es cómo hacer que los médicos practiquen estas habilidades de comunicación y como ya les dije estas actuaciones y pacientes actuados hacen que los médicos se pongan muy nerviosos pero también necesitan ver y modelar las cosas y tener la posibilidad de platicar entre sí sobre esto.

Entonces el compromiso que de aquí se deriva es un paquete pequeño, presentación de capacitación con diapositivas donde haya una conferencia que pueda impartir un profesor que incluya breves videos que duren sólo 1 minuto o dos y que después sea el disparador que hagan que los doctores participantes hablen sobre sus experiencias y de hecho nosotros tomamos esta idea de un colega que enseña a los papás la interacción papás e hijos. Es una manera muy efectiva de crear una experiencia in vivo, en un ambiente de poco estrés y organizar grupos pequeños de médicos para que compartan sus propias experiencias y su propia sabiduría.

Finalmente si les pedimos a los médicos atender a pacientes que actuaron, donde el paciente actor está esperando a que entre el médico. Usamos a personas que están capacitadas en teatro improvisado, les decimos los tipos de situaciones que queremos que traten de experimentar los médicos, situaciones donde el paciente esté enojado con el médico, situaciones donde los papás e hijos están enojados con ellos mismos y se prepara a los médicos para esto diciéndoles lo que hará el paciente actuado y que queremos que entren al consultorio y que practiquen lo que se les acaba de enseñar. La forma para solucionar el nerviosismo y pena de los médicos es entregando al médico su grabación y son los únicos que la pueden ver, se les da la oportunidad de revisarlo y reciben el protocolo estructurado que los guía en la revisión y ellos mismos se hacen comentarios y no hay situaciones grupales donde se les pida criticar las grabaciones frente a otras personas.

Ahora termino diciendo que hay muchas formas en las que las personas tratan de atacar este tipo de problema de comunicación médico-paciente y aunque tan sólo estamos a la mitad de esta capacitación, sentimos que ya empezamos a tener respuestas. La primera es que sí hay maneras de involucrar a aquellos médicos que no quieren participar aunque necesitamos más. Tenemos ideas de cómo desarrollar materiales que puedan ser autodidácticos o de enseñanza en grupos pequeños pero necesitamos saber más sobre eso.

Necesitamos tratar de entender si los pacientes actuados son una parte importante parte de esto o no porque obviamente es muy difícil tratar de trabajar con ellos y logísticamente son la parte más difícil y por último, estamos empezando a explorar cómo podemos adaptarnos a las variables culturales presentes en diversos grupos étnicos con los que tenemos que trabajar en Estados Unidos.

Para resumir, permítanme decirles que me siento muy afortunado de haber venido a esta conferencia y aprender más sobre su trabajo aquí en México y me queda claro que el futuro de la comunicación depende de la colaboración internacional, entonces quisiera anunciar dos cosas.

Primero es que la Asociación Europea para la Comunicación y la Atención Médica organiza una conferencia cada dos años, hace 4 años en Barcelona, hace 2 años en Inglaterra, y en septiembre del 2004 será en Bélgica. Es una conferencia maravillosa para aquellos interesados en este tema y que vienen de todo el mundo y sería maravilloso tener más participación de México y de América Latina. La fecha limita para presentar trabajos es el 1 de febrero. Si hay quienes quieran hacer presentaciones, sería maravilloso.

También EACH trabaja muy de cerca con la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Se trata de un grupo con sede en Barcelona que también trabaja activamente en temas relativos a la comunicación médico – paciente y su reunión será en diciembre de este año. No sé exactamente la cantidad de temas de información de comunicación pero será una reunión maravillosa y podría ser de interés para la gente.