

COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO- PACIENTE

Fecha de recepción: 23/08/2021

Fecha de aceptación: 20/09/2021

Mg. Lic. María de la Victoria Rosales

Contacto: mariarosales@uca.edu.ar

- Jefa del Servicio de Salud Mental y Coordinadora del Comité de Bioética Clínica del HZGA Mi Pueblo de Florencio Varela, Buenos Aires. Argentina.

Palabras clave

- Relación médico-paciente
- Comunicación
- Libertad y Responsabilidad

Key words

- Doctor-patient relationship
- Communication
- Freedom and Responsibility

RESUMEN

La relación médico-paciente es considerada piedra angular de la práctica clínica. Para establecerla adecuadamente y abordar no solo la dimensión física, sino también la dimensión psíquica y espiritual de la persona, se requieren capacidad, maestría y arte por parte del médico para poder interactuar y establecer el diálogo con su paciente. En este trabajo se revisa la importancia de implementar acciones tales como transmitir confianza y seguridad, demostrar paciencia y cortesía, asegurar la privacidad y la confidencialidad, respetar la intimidad del paciente. La relación médico paciente se describe medular en la profesión médica, y se le reconoce el poder de movilizar fuerzas humanas como la fe, la esperanza y la fortaleza moral, para lograr la aceptación de la adversidad que representa el estar enfermo. Se señala la importancia de informar al paciente su condición de salud, diagnóstico, pronóstico y tratamiento indicado, considerando que esta obligación no transfiere al paciente la responsabilidad por el acto médico, sino que le da la posibilidad de interferir en el tratamiento, opinar sobre lo que se hará con su cuerpo y, consecuentemente, hacer elecciones que van a definir su calidad de vida.

ABSTRACT

The doctor-patient relationship is considered the cornerstone of clinical practice. Establishing it properly requires not only review the physical dimension, but also the psychic and spiritual dimension of the person, the ability, expertise and art of the physician to interact and establish dialogue with his patient. This paper reviews the importance of implementing actions such as transmitting trust and security, demonstrating patience and courtesy, ensuring privacy and confidentiality, respecting the privacy of the patient. The doctor-patient relationship is described in the medical profession, and it is recognized the power to mobilize human forces such as faith, hope and moral strength, to achieve acceptance of the adversity represented by being sick. Points out the importance of informing the patient of his or her health condition, diagnosis, prognosis and treatment indicated, considering that this obligation does not transfer responsibility for the medical act to the patient, but gives the patient the possibility of interfering in the treatment, to have an opinion on what will be done with his body and, consequently, to make choices that will define his quality of life.

INTRODUCCIÓN

La relación médico-paciente es considerada piedra angular de la práctica clínica. Para establecerla adecuadamente se requieren capacidad, maestría y arte por parte del médico para poder interactuar y establecer el diálogo con el paciente, obtener la información que necesita, realizar la exploración física, incluso disponer del consentimiento informado. Esta es una forma específica de asistencia y ayuda, con características de motivación y técnicas interhumanas. Es el escenario donde se buscará el cuidado de la persona, ubicándola en el centro, cuidando no solo su dimensión física sino también los aspectos psíquicos y espirituales. En el ámbito de una buena comunicación entre el médico y su paciente, ocurre una interrelación decisiva para la práctica médica y por eso saber cómo establecer una buena relación con el paciente, resulta imprescindible en la formación integral del profesional de la salud; ya que además de comportamientos inteligentes de solidaridad, altruismo y seguridad, implica deberes y derechos, necesidad y dependencia respecto del paciente. (1) Con respecto a los modos personales de desplegar este vínculo, se indica la importancia de implementar acciones tales como transmitir confianza y seguridad, demostrar paciencia y cortesía, asegurar la privacidad y la confidencialidad, respetar la intimidad del paciente. La relación médico paciente suscita un gran interés no solo por ser concebida como medular en la profesión médica, sino también porque se le reconoce el poder de movilizar fuerzas humanas como la fe, la esperanza y la fortaleza moral, entre otras, para lograr la aceptación de la adversidad que representa el estar enfermo. (2)

RELACIÓN MÉDICO -PACIENTE

Son muchos los factores que influyen actualmente en la comunicación del médico con su paciente. La relación que se establece entre ambos ha cambiado y evolucionado significativamente. En el diálogo con su paciente el médico interviene con sus propias características y cualidades, pero también con sus incertidumbres y deficiencias como ser humano, es esperable que se aproxime al enfermo con la noble intención de ayudarlo, comprenderlo y con la certeza de respetarlo dentro de su vulnerabilidad. Lograr el equilibrio no siempre resulta fácil. Se requiere del médico, la suficiente amplitud como para manejar en partes iguales la biología de la enfermedad como el reconocimiento en toda la dimensión humana de la persona que tiene delante. En esa relación de ayuda se espera que exista profesionalidad, escucha activa y actitud compasiva para poder convertirse en el mejor guía, consejero o asesor clínico posible. (3)

La complejidad de la relación médico paciente surge a partir del desequilibrio que ocurre en la persona con respecto al medio, que lo coloca en un rol de enfermo que requiere de la atención especializada del profesional de la salud. La significación que la enfermedad tiene para el paciente, las actitudes que tengan tanto el médico como el enfermo durante esta relación terapéutica, las necesidades y conflictos, la satisfacción y la confianza del paciente pueden ser determinantes del éxito terapéutico y modifican directamente el cumplimiento de las prescripciones y la adherencia a los tratamientos. En los casos de enfermedades crónicas, la acción del médico está dirigida a orientar al paciente en relación con su enfermedad y a la forma en que debe seguir su tratamiento para una mayor efectividad. Es importante destacar que no siempre el paciente necesita la presencia del médico para manejar su enfermedad y que ésta se encuentre bajo control y equilibrada. (4) La comunicación entre el médico y su paciente puede considerarse como un sistema que reúne e integra al paciente, el médico y la enfermedad y se incluye también a la familia y la comunidad.

En el establecimiento de la relación médico- paciente, hay inicialmente un momento operativo que incluye la acción médica, que se extiende desde la recepción del paciente hasta el alta médica, una vez que se ha cumplido el objetivo de la intervención. Este momento puede culminar con el éxito terapéutico, con el alivio o con el fracaso, lo que será condicionante del tercer momento, denominado momento afectivo; en donde ocurren tres formas de vinculación afectiva entre médico y paciente: la camaradería médica, la transferencia y contratransferencia y la amistad médica en sentido estricto. Esta afectividad está condicionada por la satisfacción del paciente y por el grado de confianza que haya alcanzado la relación. (5) Otro momento importante en el establecimiento de una buena relación, es el ético religioso: donde se tratan aspectos relacionados a la espiritualidad y están relacionados tanto con el médico como con el paciente (6), en tanto se trata de un encuentro clínico, que ocurre entre dos personas distintas, relacionadas una con la otra, a través de la responsabilidad y el respeto mutuos.

Entre los componentes de una comunicación adecuada y efectiva se encuentra el hecho de que el médico identifique los problemas de su paciente con mayor precisión, lo cual es beneficioso para el desarrollo de la enfermedad y el tratamiento que inicia, pero también para mejorar el nivel de satisfacción de ambos actores de la relación. Por otro lado, la comunicación entre el médico y el paciente ayudan a mejorar los aspectos psicológicos de la atención y a que disminuyan a la par las molestias físicas. Aunque son pocos, existen estudios, incluyendo ensayos randomizados, que muestran que mejorando la comunicación en aspectos específicos también mejoran los resultados fisiológicos. (7) (8)

Establecer un terreno común en esta comunicación adecuada, es fundamental para establecer la confianza del paciente y la precisión diagnóstica del médico. Se trata del establecimiento de una identificación recíproca que se desarrolla cuando el profesional y la persona enferma alcanzan un entendimiento mutuo. Las tomas de decisiones en forma compartida también entran en este tipo de vínculo. Alcanzar un acuerdo previo en relación a la enfermedad y cómo tratarla, mejoraría además la evolución de los controles y las derivaciones. En lo que se refiere a la atención médica, se pasó desde un enfoque centrado en la "tarea" del médico a un enfoque centrado en el paciente y más recientemente a un enfoque centrado en la relación entre ambos. (9)

Son consideradas tareas de la entrevista médica, construir la relación, dar estructura a la entrevista y al tratamiento ofrecido, recoger información, explicar y planificar. Esto favorece el establecimiento de una comunicación efectiva que ha sido descrita por Kurtz, fundada en cinco principios, y se trata de aquella comunicación que

1. Asegura una interacción en vez de una transmisión directa o simple entrega de información. Hay aquí intercambio y feedback entre médico y paciente, es posible intercambiar preguntas y respuestas, aclaraciones, dudas.
2. Reduce la incertidumbre innecesaria, ya que la incertidumbre distrae la atención e interfiere con la precisión, la eficiencia y la relación con el médico, esto le permitirá al paciente saber cuándo y cómo se llevará a cabo la entrevista y al médico, conocer las expectativas del paciente.
3. Requiere planificación basada en los resultados que se buscan. La efectividad e un tratamiento solo se puede determinar en el contexto de los resultados que tanto el paciente como el médico buscan.
4. Demuestra dinamismo, ya que el médico reacciona frente a la conducta del paciente, y se requiere la flexibilidad implícita por parte de ambos para adaptarse a cambios y diferentes modos de abordaje para un mismo problema.
5. Sigue un movimiento helicoidal más que lineal, porque llegar y hacer no es suficiente; para lograr una comprensión completa y precisa se tendrá que volver sobre la información, arribando cada vez a un modo de comprensión diferente. Una comunicación efectiva implicará repetición, reiteración, recorridos que, si bien se repiten, tendrán lo novedoso de cada nuevo recorrido emprendido. (10)

El vínculo construido sobre la base de la buena comunicación entre médico y paciente puede también recuperar valores que a veces podrían perderse. La búsqueda de verdad y de sentido, las emociones y la empatía pueden ser exaltadas y cultivadas por la habilidad empática y la sensibilidad moral del médico que ofrece su ciencia para ayudar a la persona que sufre. La relación asistencial implica actos de interpretación, una hermenéutica, que no comprende sólo lo biológico, sino lo biográfico y lo axiológico. Una misma historia de enfermedad da lugar a distintas historias clínicas, a interpretaciones quizás opuestas, a dispares diagnósticos, a una disímil jerarquización de hechos y valores que dependen de quién es el que escucha.

La forma de relacionarse entre el médico y el enfermo ha cambiado significativamente en los últimos años. En otro tiempo era costumbre pensar a la persona enferma en una posición de sufrimiento e invalidez, dependiente y vulnerable, desvalida no solo físicamente sino también emocionalmente, incapaz por lo tanto de tomar decisiones complejas; el médico era ubicado en el lugar de guía, dueño de decidir en el lugar de su paciente, dueño del saber para determinar e indicar el mejor tratamiento. (11)

Las publicaciones distinguen tres períodos en la conceptualización de la relación médico paciente; el del paternalismo médico, caracterizado como aquel en el que existe confianza absoluta en el médico, tanto en su capacidad técnica como moral y que además es considerado como el único responsable de las decisiones en el tratamiento del paciente; el segundo periodo enfatiza la autonomía del paciente, inicia con el surgimiento del primer código de derechos de los pacientes, donde el primer deber del médico es la información. Es el periodo que introduce el consentimiento informado y que produce un fuerte impacto de la autonomía del paciente. Por último, el periodo denominado de la burocracia es aquel en el que se le exige al médico, no solo eficacia en tratar a su paciente sino también eficiencia en gestionar bien los recursos sanitarios. Los datos más actuales sobre la temática dejan ver como la valoración del quehacer del médico queda detrás del avance tecnológico, atentando este en contra de la relación humana médico-paciente. (12)

Se ha señalado que la importancia del cambio de modelo no radica solo en el respeto que se debe tener a la persona, sino que también en los mejores resultados de la eficacia terapéutica que conlleva la adopción de modelos centrados en el paciente, basados en la comunicación y el desarrollo de procesos compartidos. Es una conclusión probada que la participación del paciente en la toma de decisiones terapéuticas mejora la eficiencia terapéutica y que la ausencia de comunicación,

información y soporte emocional, influyen en el comportamiento del paciente respecto a su patología. (12)

La relación médico paciente es considerada muy relevante en el proceso diagnóstico físico y psíquico. Esta dimensión es estudiada en nuestros días, para reforzar el rol del médico en las entrevistas clínicas, en los interrogatorios y anamnesis. El establecimiento de una buena relación médico paciente proporciona información relevante en el diagnóstico de enfermedades y su estudio se fundamenta en la preocupación auténtica del médico por los padecimientos del paciente apoyándose en el lenguaje verbal y corporal, en la empatía, el contexto sociocultural, el carisma y las habilidades de comunicación. Varios autores han considerado que la conversación con el enfermo es muy importante para arribar a un correcto diagnóstico y establecer un tratamiento determinado. El valor de la palabra, se destaca como un instrumento principal en esta comunicación, lo que se dice y como se dice, ejerce una gran influencia sobre la persona que consulta, por lo cual se recomienda una valoración individualizada de cada entrevista; asignándole a esta última el papel de la herramienta diagnóstica más poderosa. (13) Se requiere que sea una relación que permita entrevistas espontáneas, realizadas con libertad, bien dirigidas y orientadas por el médico, propiciadas en un ambiente adecuado y con la debida privacidad. En la misma línea, otros autores señalan que, si el interés es establecer una buena relación con el paciente, es preciso dejar hablar a la persona enferma, dedicarle el tiempo razonablemente necesario y mostrar un interés real por su problema de salud. (14) Destacan las actitudes que individualicen a las personas que son recibidas en una consulta médica ya que estas permiten detectar como cada persona imprime a sus síntomas y signos, un sello único e irreplicable, personal y exclusivo.

Los autores que actualmente investigan sobre la relación médico paciente, enfatizan que cada enfermo y cada visita es diferente, por lo tanto, es considerado de utilidad, aprender a abordarla y controlarla lo mejor posible para alcanzar una valoración clínica correcta. Hoy participan de esta perspectiva otros profesionales que pertenecen al equipo de salud, como por ejemplo el psicólogo en el proceso de interconsulta. El lenguaje corporal con sus expresiones gestuales y posturales, suele indicar cuánto se sabe escuchar y muchas veces de cómo puede lograrse que la entrevista clínica avance en el terreno de la comunicación o retroceda completamente en cuanto a la utilidad de continuarla; la entonación y las inflexiones de la voz, la mirada, la mímica, los silencios y el contacto manual, por citar algunos elementos cardinales, son formas de comunicación que desempeñan una función primordial en la relación mencionada. (15)

ADECUADA COMUNICACIÓN

Los estudios más recientes enfatizan la comunicación empática en el trato con el paciente, indican que colocarse en el lugar del enfermo representa una actitud que favorece el respeto y dignifica la relación personalizada y tiñe de singularidad cada encuentro. El interés de los estudios sobre la relación médico paciente subrayan la necesidad de que estén presentes en el profesional cualidades y actitudes que inspiren confianza, simpatía, seriedad y prudencia. Con respecto a la forma de hablar, se espera que sea sosegado, que hable claro y preciso. Que exista un buen manejo del humor, que las intervenciones sean cordiales y afectuosas, naturales, sencillas, cooperativas y espontáneas. Si esto ocurre, se refleja en el profesional un interés sincero por los problemas de salud del paciente y eso a su vez, lo hará actuar con cautela al indagar sobre su intimidad y al reflexionar sobre los desastrosos ocurridos durante la entrevista. (16) (17) (18)

Por otro lado, es subrayada la importancia de tomar en cuenta también la percepción y el sentir del médico, tan importante como la del paciente para lograr la empatía necesaria para la cura de la enfermedad. Por parte del médico debe conocer su carácter, sus debilidades, su nivel de información, su capacidad resolutoria del problema y cuando debe recurrir a otro colega. Se infiere que se trata de entablar con el enfermo una relación temporal, psicológica, fraterna y profesional, que jamás pueda ser sustituida por un vínculo impersonal a través de los procedimientos técnicos o el uso de la comunicación electrónica como medio de enlace a través de las redes sociales, ya que está indicado que debe desarrollarse en un contexto humano. (19)

La buena comunicación que un profesional de la salud mantiene con su paciente, ha sido descrita por algunos autores (20) como parte de la formación ético profesional. En estudios realizados para mejorar la comunicación de los diagnósticos fue analizado el cumplimiento de las tres funciones de la comunicación: informativa, regulativa y afectiva, y de la empatía como un mecanismo de comprensión mutua. La buena relación que un paciente establezca con quien sigue su tratamiento, aumenta la confianza y el compromiso y produce muchos beneficios para la salud física y psicológica de esa persona. Recibir un diagnóstico en un marco de buena relación con el profesional, es una oportunidad que le permite a la persona enferma, expresar su agrado o desagrado, su acuerdo o desacuerdo con la atención recibida, sin descuidar que esto también es una variable con la que se puede distinguir, en lo que hace a la práctica profesional, la satisfacción o no que tenga el médico, desarrollando su tarea. (21)

Hay autores que coinciden en que una de las mayores necesidades del paciente es ser entendido y conocido, por lo que es posible entender que una de las mayores cualidades del médico debe ser no descuidar su conducta afectiva, aquella que le permita reflejar sentimientos, mostrar empatía y preocupación por sus pacientes. Las cualidades humanísticas del médico, son muy valoradas por los pacientes y la forma en que se realiza la comunicación del diagnóstico se encuentra entre ellas. (22) Para poder realizar adecuadamente el diagnóstico y el tratamiento, se incursiona no sólo en el aspecto biológico del paciente, sino también en las dimensiones psicológica y social, para eso es preciso explorar en aspectos de elevado contenido afectivo para el paciente (23) .

Es sabido que uno de los aspectos de mayor interés para el enfermo es que el médico demuestre estar interesado por él, es importante que el médico sepa utilizar palabras comprensibles, que proporcione información sobre el tratamiento, que transmita tranquilidad, que aconseje al paciente pero que le permita ser él quien decida, que le dé libertad para comentar sus puntos de vista y que su opinión acerca del tratamiento sea considerada.

Comunicar de manera adecuada un diagnóstico implica la escucha, escuchar en forma activa, supone una concentración intensa y total, se trata de escuchar el significado literal de las palabras utilizadas, y también el significado de las expresiones, escuchar implica responder activamente con lo cual es de esperar que también sean reveladas las expresiones del médico. Así, lo que se denomina escuchar activamente, se convierte en un requisito para mantener la comunicación en los planos verbal y no verbal, pero también para mantenerla en un nivel afectivo que permitiera comprender el verdadero significado de la enfermedad para el paciente, y la expresión abierta de sus sentimientos, lo cual refuerza que la comunicación y el sentido humanístico del médico son cualidades muy valoradas por el paciente. (24)

En un proceso de buena comunicación con el paciente, este percibe que existen puntos en común, en los que concuerda con su médico, en relación a su enfermedad. Puede percibir que el médico se interesa por la enfermedad y su desarrollo, Este tipo de relación entre el médico y el paciente ayudara a que se produzca una recuperación las dolencias y preocupaciones, y a su vez esto disminuye la necesidad de realizar pruebas diagnósticas o referencias a otros niveles de atención. En tanto se ha cuestionado si la calidad de la comunicación entre el médico y el paciente hace diferencia significativa en los resultados que promueven la salud, lo investigado al respecto revela que la comunicación efectiva influye tanto en

la fase de obtención de datos para la historia clínica, como para la discusión del plan de tratamiento. Los resultados de una buena comunicación se visualizan en la mejora de la salud emocional del paciente que se suman a los avances clínicos. En cambio, si esta comunicación se descuida pueden afectarse las indicaciones médicas y la disposición del paciente para cumplirlas. Es importante permitir que el paciente exprese sus expectativas y preferencias hacia las acciones y decisiones del médico, y tomar en cuenta la relevancia de las ideas del enfermo sobre estas indicaciones. Por otro lado, es posible advertir que cuando el paciente no participa en la consulta y la comunicación con su médico no es suficiente, los errores del médico pueden aumentar, ya que la participación del paciente en su tratamiento médico es fundamental para su mejoría. (25)

Si la comunicación establecida se centra en la persona del paciente, y se realiza desplegando habilidades como la escucha activa, la captación y el seguimiento de pistas, si se evitan interrupciones y se hacen preguntas abiertas, si se tiende a disminuir en lo posible el enfoque biomédico de la entrevista, es posible esperar mejoras en la práctica clínica. Una buena comunicación con el paciente, mejora la efectividad diagnóstica y terapéutica, especialmente en pacientes crónicos, aumenta el conocimiento y la capacitación del paciente para afrontar sus problemas de salud, incrementa las tasas de adherencia terapéutica y hace que los pacientes se sientan clínicamente mejor y más satisfechos tras las consultas. (22)

En el escenario de la comunicación del diagnóstico, si quienes llevan adelante esta tarea, se muestran atentos, interesados, dialogantes, sin prejuicios, auténticos, naturales y sin dar la impresión de estar pensando en una estrategia, esto se revela como un modo de estar en relación en la que se capta el respeto a la persona que hay delante, una atención e interés por sus experiencias y por sus ideas y temores. A la clásica anamnesis se incorporan la exploración y consideración de la perspectiva del paciente, De esa manera se realiza el ejercicio de ponerse en el lugar del paciente para compenetrarse con él y orientarse a comprender su subjetividad. Centrarse en la persona del paciente permite que converjan dos mentalidades con objetos de trabajo diferentes: la científico-técnica, cuyo objeto de trabajo es todo lo empíricamente constatable, y la humanista, cuyo objeto de trabajo es el mundo interno humano. De esto se habla cuando se mencionan las competencias comunicacionales, que han sido organizadas por quienes la teorizan, en cuatro tareas básicas: identificar y comprender los problemas (correlacionada con la anamnesis clásica, la exploración de la perspectiva del paciente y la exploración física), y acordar y ayudar (explicar y planificar), enmarcadas entre la apertura y el cierre de la entrevista. Estas cuatro tareas tienen lugar de manera continua a lo largo de la entrevista y contribuyen a la construcción de la

relación con el paciente: la conexión para captar y responder a los mensajes del paciente de forma que se alcance un vínculo, fluidez comunicativa y un grado de compenetración adecuado, la autopercepción para detectar fenómenos internos, la integración de todos los procesos, y la estructuración, que permite alcanzar los objetivos principales de toda entrevista. Sin embargo, también se ha señalado que no es suficiente con haber aprendido un listado de habilidades comunicacionales, sino que es preciso también, organizarlas dentro de un modelo conceptual que se base en la evidencia y destacan que el aprendizaje de este tipo de habilidades es de tipo experiencial. (26)

BUSCAR EL BIEN DEL PACIENTE

Ubicados desde una perspectiva bioética, es posible revisar reflexiones que advierten acerca de que las habilidades comunicacionales no sean ambiguas, ya que podrían emplearse bien o mal. Por ejemplo, el conocimiento empático con el paciente puede emplearse para evitar que se sienta aislado en su enfermedad, pero también proporciona un poder de manipulación; las habilidades necesarias para llegar a un diagnóstico preciso pueden llevar a un uso exagerado de pruebas complementarias olvidando el bien del paciente; el modo de comunicar al paciente puede ser exageradamente paternalista o, por el contrario, provocar un cierto abandono, dejando que sea el paciente solo quien tome las decisiones más difíciles.

Se considera importante identificar los principales valores y deberes que orientan la acción, proporcionando un hilo conductor a la relación clínica en torno al cual se pueden ir trenzando de una forma proactiva, personal y adaptada a cada paciente todas las tareas planteadas. Una buena manera de comunicarse permite adquirir ciertos hábitos profesionales que configuran no solo el buen resultado de la intervención, buscando el bien del paciente, sino también el carácter del médico.

En la comunicación del médico con su paciente se requiere que se desplieguen acciones que tiendan a desarrollar tres valores fundamentales e importantes en la práctica: la solidaridad humana, el saber médico y la confianza. Y para eso, se señala que las tareas para este desarrollo incluyen conectar con uno mismo y con el otro, comprender los valores, las preferencias y los proyectos del paciente; deliberar y reflexionar en forma compartida para llegar a acuerdos prudentes y, finalmente, decir la verdad y generar confianza, lo que supone un estar en relación de forma clínicamente eficaz (16) y enmarcar la tarea en el principio personalista de libertad y responsabilidad.

Con respecto al primero de los valores mencionados, la solidaridad humana, será de importancia destacar que la palabra solidaridad alude a una unión en la que los individuos están unidos para un fin normalmente legítimo (27). La solidaridad consiste en tomarse en serio la situación de otros y actuar en su apoyo. (28) La práctica médica es considerada un ejercicio activo de solidaridad pero sin descuidar que también hay distancias que no se acortan solo a base de ideas, sino con emociones, como bien puede ser muchas veces la compasión. Esta consiste en una cierta conmoción ante la vulnerabilidad del otro, que se revela como algo que le concierne a uno mismo. La compasión descubre al profesional de la salud en una posición de proximidad al otro y en disposición de ayuda. De ahí que la compasión, como forma de solidaridad emocional en la práctica médica, consiste en hacerse cargo del daño actual o potencial del paciente, consintiendo su impacto emocional de un modo médicamente beneficioso para las personas. Ser solidario en la atención del paciente, exige tener autopercepción, porque la indiferencia o la sensiblería podrían desmotivar o bloquear la acción sanadora. Ser solidarios en lo emocional exige comprender la situación del otro y saber gestionar las propias emociones de un modo médicamente eficaz, haciendo que la persona se sienta acompañada y comprendida.

Comprender y deliberar son herramientas que permiten conocer la realidad del paciente y encontrar el mejor curso de acción posible. Descubrir qué le sucede a esta persona con estos síntomas para ver después cómo puedo ayudarlo. Los procesos de una buena comunicación son esenciales para encontrar la respuesta. Lo que rige todos esos procesos es una voluntad, un deseo de verdad. Se sostiene que a la verdad científica se llega por distintos caminos, dependiendo del objeto de trabajo. Si este es algo físico, el camino es el de la constatación o probación de hipótesis nosológicas (por ejemplo, una radiografía demuestra si la tos es por una neumonía). Si el objeto de trabajo son las vivencias, preferencias, deseos o sentimientos del mundo interno del paciente, el camino es la identificación de mensajes significativos, la elaboración de posibilidades interpretativas y su comprobación mediante el diálogo (por ejemplo, el testimonio del paciente demuestra que su expresión facial responde a un sentimiento de tristeza y no a otra cosa). Estos procesos de verificación, que se producen en la entrevista clínica, podrán ser utilizados en bien del paciente si alcanzan la verdad, es decir, una adecuación entre la realidad del paciente y lo que se piensa sobre ella. Y la verdad sitúa al clínico en una posición idónea para la ayuda. (27)

Una buena deliberación en medicina ocurre si el criterio clínico coincide con el mejor resultado posible para el paciente, si se realiza un procedimiento correcto y en un tiempo adecuado. El objetivo de deliberar es conseguir decisiones

prudentes, aquellas que sean justas, nobles y buenas para el hombre. El saber que se produce en la deliberación surge tanto de lo teórico y generalizable como de los datos concretos del paciente en su particularidad. La deliberación incluye una reflexión compartida sobre los hechos, los valores implicados en la situación y el mejor curso de acción posible para el paciente. De esta manera es posible que el paciente ya no ignore aquello concerniente a su enfermedad y puede recibir ayuda para mejorar su salud, pero sin perder la posibilidad de ser el quien toma sus propias decisiones, con responsabilidad. Todo esto genera confianza y establece una comunicación entre el médico y su paciente, muy constructiva.

Con respecto a la confianza, se pueden señalar tres factores para su fortalecimiento; competencia, transparencia y vínculo. La competencia tiene que ver con la capacidad del médico para lograr una comprensión de la experiencia y situación del paciente. La transparencia está relacionada con la toma de decisiones compartida con el paciente, en la que las emociones pueden también informar la deliberación iluminando aquellas áreas y aspectos que necesitan ser atendidos con más detenimiento. El vínculo, se construye desde una actitud de solidaridad humana, que permite que fluya la compasión, el compromiso con el otro y la voluntad inequívoca de actuar en su favor.

Desde esta perspectiva se entienden mejor los factores que son necesarios para el desarrollo de esta competencia: la auto-conciencia, las habilidades interpersonales y la voluntad de curar. La auto-conciencia y las habilidades comunicativas son variantes comunicativas (una interna y la otra externa) y habilidades que puede aprender e incorporar un clínico para conseguir hábitos eficaces. La voluntad de curar tiene mucho que ver con el descubrimiento e incorporación del valor de la solidaridad humana y la capacidad de sentir y practicar la compasión, es decir, la capacidad de hacerse cargo, cargar con y encargarse de la vulnerabilidad de otro ser humano, que determinará la actitud adecuada del profesional para encarar el problema clínico. Es entendido que buscar gestos de hospitalidad no es difícil, pero a veces ocurre que las actitudes no encuentran con facilidad las acciones necesarias para expresarlas y reforzarlas.

Las exigencias de la práctica médica ante la vulnerabilidad y la fragilidad humanas son de tal naturaleza que la profesionalidad, es decir, la búsqueda activa y efectiva de la excelencia, va a tender a configurar un tipo de profesional que necesita no solo hacerse bueno desde un punto de vista científico-técnico, sino también desde el punto de vista personal. Las recomendaciones para el logro de una buena y adecuada comunicación sugieren al médico destituir el carácter paternalista de la relación con el paciente, que por mucho tiempo la definió y le pro-

pone establecer una relación más cercana y horizontal. De este modo, se respeta la libertad del paciente, pero a la vez, este es responsable de su respuesta frente a su diagnóstico y el tratamiento indicado. La idea es que las informaciones claras y objetivas garanticen mayor seguridad al acto médico y permitan al paciente consentir o declinar respecto del tratamiento propuesto. (29) Esto implica el respeto a los sujetos involucrados y la garantía de que la voluntad del paciente estará protegida y la actuación médica resguardada.

En reflexiones realizadas acerca de los derechos de los pacientes se señala la importancia de que, las personas puedan decidir sobre su vida sin ninguna coerción. Pero también se señala el riesgo que existe si la relación médico-paciente, antes paternalista, se convierte en una relación meramente contractual, donde existiría el riesgo de que el profesional de salud pueda ver al paciente simplemente como un consumidor. Lo que antes se pretendía una relación de confianza asumiría el carácter de consumo. (30)

Para que el médico considere autónomo a un individuo, es necesario que la persona entienda los hechos materiales, el pronóstico de la enfermedad, las alternativas de tratamiento y sus consecuencias. El médico debe explicar los riesgos involucrados, aunque remotos, para que el paciente pueda consentir o rechazar las opciones presentadas. Pero la comprensión de que debe haber mayor interacción en la comunicación entre médicos y pacientes priorizando el respeto a la autonomía, es reciente. Antes, se priorizaba el paternalismo, basado en el entendimiento hipocrático de que el médico, poseedor del saber científico, podía e incluso debía decidir sobre el tratamiento más adecuado. Así, en épocas pasadas, la asimetría en la relación médico-paciente era natural y evidente. Con la intención de decidir lo "mejor", el médico determinaba el tratamiento a ser adoptado, contrariando muchas veces la voluntad del propio paciente. En la relación hipocrática, analizar la cuestión de la capacidad no tiene sentido, pues el médico asume el papel principal, determinando el tratamiento, mientras que el paciente permanece sumiso dentro de la relación jerárquica. Sin embargo, al establecerse una nueva forma de comunicación, el profesional debe considerar la voluntad del paciente y trabajar con informaciones comprensibles, sin hacer prevalecer su indicación, para que el paciente se manifieste libremente.

Es importante señalar que la reflexión ética debe formar parte del desarrollo científico y de la medicina, teniendo la bioética un papel fundamental en la evaluación de las características y vulnerabilidades de cada individuo. Es debido informar al paciente su condición de salud, diagnóstico, pronóstico y tratamiento

indicado, pero esta obligación no transfiere al paciente la responsabilidad por el acto médico, sin embargo, le da la posibilidad de interferir en el tratamiento, opinar sobre lo que se hará con su cuerpo y, consecuentemente, hacer elecciones que van a definir su calidad de vida. Dado el caso, el paciente deberá solicitar ayuda a familiares o responsables e incluso la intervención del propio médico, para que éste indique un tratamiento específico, buscando siempre el bien del enfermo, sin dañarlo. Es atribución del médico evaluar cuan autónomo es el paciente, considerar sus vulnerabilidades y no subestimarlos, informando todos los hechos de la manera más esclarecedora posible.

La perspectiva bioética de la relación médico paciente señala la posibilidad de que, debido a las vulnerabilidades y a las fases de la enfermedad, durante el tratamiento, el enfermo pierda la capacidad de decidir sobre las etapas siguientes; es donde cobrará importancia la buena asistencia médica en la cual el profesional de salud establezca una comunicación asertiva y eficaz con el enfermo y donde será necesaria su mirada subjetiva. La buena comunicación entre las dos partes, permitirá el desarrollo de una relación intersubjetiva que protegerá al paciente y lo estimulará a participar en las decisiones sobre su salud.

Al percibirse enfermo, la persona busca ayuda; es en ese momento, que aquel a quien las instituciones atribuyeron competencia técnica, asume el control de esa frágil relación, ya que se trata del agente con poder de diagnosticar y proponer terapias. El sujeto, al aceptar esa relación, se torna un paciente y, de esa forma, pierde parte del control de su vida, pues necesita confiarla al médico, siguiendo las conductas indicadas:

Si en algún lugar se puede hablar de dignidad de la persona humana – este es el caso. El cuerpo desgarrado por la molestia necesita encontrar en el entorno pragmático-semántico una válvula de alivio. Necesita ser reconocido como otro plan de motivos y deseos. Necesita recibir la educación que le permita el aprendizaje de su nuevo estado – el terapeuta lo conduce desde el punto de partida de la duda, de la inseguridad y del miedo y lo transforma en un sujeto clínico, esto es, en un sujeto capaz de comprender su estado, las evoluciones posibles de éste, y participe de las decisiones que lo conduzcan al desenlace posible de este estado de cosas, dado que en eso radica la limitada libertad humana. (31)

Concientizarse de la importancia de la comunicación entre médico y paciente es esencial para que sean superadas las barreras entre el saber científico del médico y la necesidad de que el paciente conozca mejor su condición. Transmitir informaciones claras al enfermo permite que éste sienta más seguridad para

tomar decisiones sobre el tratamiento, pudiendo deliberar con la confianza y la libertad deseada, a partir de la cual va a poder asumir la responsabilidad por sus elecciones.

REFERENCIAS

1. Yera JL. Temas de medicina del dolor. En Yera JL. Temas de medicina del dolor. La Habana: Editorial Ciencias Medicas; 2017. p. 326.
2. al. EYe. La relacion medico paciente: necesidad o conveniencia? Rev. Cub> Med. 2019; 58.
3. Ruiz V. [Online].; 2017. Acceso 4 de 8 de 2018. Disponible en: www.radioncologa.com.
4. Berro G. La relacion medico paciente y su encuadre legal. Revista de biomedicina, Medicina familiar y comunitaria. 2009; 3(1).
5. Fernadez Franco, M. La complejidad en la relacion medico paciente. Revista Cientifica Mundo d ela Investigacion y el conocimiento. 2017; 3(1).
6. al TRe. Interaccion medico paciente y su relacion con el control del padecimiento en enfermos cronicos. Liberabit. 2011; 17(2).
7. Bellon Saamenio J, Martinez Cabanaite T. La investigacion en comunicacion y salud. Perspectiva nacional e internacional desde el analisis bibliometrico. Atencion Primaria. 2001; 27(7).
8. Rao Java Kea. Las consultas de comunicacion marcan la diferencia en las conversaciones entre medicos y pacientes: una revision sistematica de la evidencia. Atencion Médica. 2007; 45(4).
9. Celedon C. Relacion medico paciente. Revista de ORL y cirugia de cabeza y cuello. 2016; 76(1).
10. Moore P, Gomez.G , Kurtz S, Vargas A. La comunicacion medico paciente. Cuales son las habilidades efectivas? Rev. Med. Chile. 2010; 138.
11. Lazaro J, Gracia D. La relacion medico enfermo a traves de la historia. An.Sist. Sanit. Navar. 2006; 29(3).

12. Celedon C. Relacion medico paciente. Rev. ORL Cir. Cabeza cuello. 2016; 76(1).
13. Rodriguez Rivero L. La clinica y su metodo. reflexiones sobre dos epocas La Habana: Editorial ciencias Medicas; 2013.
14. Lopez M. La relacion medico paciente: necesidad o conveniencia? Revista Cubana de Medicina. 2019; 58(1).
15. Ramiro H, Cruz E. Empatía, relacion medico paciente y medicina basada en evidencias. Med. Int. Mex.. 2017; 28.
16. Ruiz Moral R, Alvarez Montero S. La interfaz comunicacion clinica-etica clinica: implicaciones para la educacion medica. Educacion Medica. 2017; 18(2).
17. Cuba S, Campuzzano J. Explorando al salud , la dolencia y la enfermedad. Rev. Med. Hered. 2017; 28.
18. Yélamos C, et.al. Experiencia del paciente: una nueva forma de entender al paciente oncológico. Psicooncología. 2018.
19. Sosa Rosales C, Gomez Padron M, Senra Piedra G, castro Arca A. La relacion medico paciente en internet Un nuevo dilema bioetico? Bioetica. 2007; 3.
20. Alonso M, Kraftchenko.O. Educacion Medica Superior. [Online]; 2012. Acceso 4 de 11de 2018.
Disponible en: <http://www.riepel.org/deloslectores819Acosta.PDF>.
21. Casanova Saldarriaga. J. Factores asociados en la percepcion del medico sobre la relacion medico paciente. Horiz. Med. 2017; 17(3).
22. Calderon Benavidez M. La relacion medico paciente: la base bioetica de la experiencia ante el cancer. Rev. Conamed. 2019; 4(1).
23. Hernandez Torres I, fernandez ortega M, Irygoyen Coria A, Hernandez Hernandez M. Importancia de la comunicacion medico paciente en medicina familiar. Archivos en Medicina Familiar. 2006; 8(2).
24. Mc Whinney I. Comunicacion medico paciente. En Medicina de Familia.: Doyma; 1995.

25. Marrero Rodriguez Hea. Aspectos bioéticos en pacientes con cáncer de pulmón. MEDISAN. 2014; 18(9).
26. Sanchez Arrastia D, Contreras O. La relacion Medico paciente y su inclusion en la prectica medica. Rev. Cubana Med. 2014; 43(4).
27. Ruiz Moral R. Comunicacion Clinica: principios y habilidades para la practica Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2014.
28. Gunson D. Solidarity and the universal declaration on Bioethics. JMed Philos. 2009; 34.
29. Pazzinatto MM. La relacion medico paciente en la perspectiva de la Recomendacion CFM 1/2016. Revista bioetica. 2019; 27(2).
30. Sztajn R. Reflexiones sobre el consentimiento informado. En Azevedo A, Ligiera W. Derechos del Paciente.
31. Sao Paulo CRdM. cremesp.org.br. [Online]; 2011. Acceso 12 de 12de 2019. Disponible en: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=10121&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S>.
32. Aguilar B. La relacion medico paciente. Dimensiones. Revista Uruguay de Cardiologia. 2014.
33. Perrotta V. Concepciones de sujeto,cuerpo y síntoma en medicina y psicoanalisis. En: III Congreso Internacional de Investigacion y Practica Profesional en Psicología. Facultad de Psicologia UBABuenos Aires; 2011
34. Moreno rodriguez M. La relacion medico paciente. En El arte y la ciencia del diagnostico medico. Principios seculares y problemas actuales. La Habana: Editorial Cientifico Tecnica; 2001. p. 59-74.
35. Maguire P, C P. Key communication skills and how to acquire them. BMJ. 2002; 325(7366).
36. Garcia Vigil J. Relacion medico paciente en un modelo de comunicacion humana. Rev. Med.. 2000; 37(3).