
¿Es la comunicación una habilidad? Las habilidades comunicativas para mantener una buena relación

Is communication a skill? Communication behaviors and being-in-relation

K. Zoppi¹, R.M. Epstein²

RESUMEN

En las actuales concepciones sobre los modelos de entrevista clínica se describen dos tendencias. La que trabaja los aspectos observables (aplicación de técnicas y habilidades) y la que estudia los intangibles (el autoconocimiento del profesional, las reflexiones del médico, etc.).

Ambas tendencias deberían tender a confluír para proporcionar un modelo de aprendizaje eficaz en comunicación, que permita ofrecer habilidades, pero también favorezca comportamientos constructivos mediante actitudes de verdadero cuidado y compromiso con el paciente.

Las líneas de investigación y formación, en la actualidad, se han centrado en codificar e interpretar esos aspectos observables de la relación asistencial, pero no lo ha conseguido con los intangibles; no obstante, los contactos entre sanitarios y usuarios producen unas interacciones mutuas pudiendo llegar a modificar la toma de decisiones por parte de los primeros.

Se propone un modelo de formación similar al empleado con los actores de teatro, que pueda permitir sumergirse en el papel de cuidador para que la actuación profesional sea creíble a la vez de moralmente correcta.

El proceso de comunicación con el paciente debe ser un proceso de creación de relaciones, introduciendo nuevos conceptos como flexibilidad profesional. La obtención de información de los pacientes sobre sus vivencias con los sanitarios será de gran utilidad para la elaboración de este modelo.

Palabras clave: Comunicación. Pacientes.

ABSTRACT

There are two trends in current models of the medical interview. One focusing on observable aspects (application of techniques and abilities) and the other focusing on intangibles (the physician's self-awareness, reflections, etc.)

Both trends need to reunite in order to form an efficient learning model in communication which not only provides skills but also favors constructive behaviors arrived at through true caring and a compromise with the patient.

Current research and training have focused on codifying and interpreting these observable aspects of the patient-physician relationship but have not succeeded in giving coding schemes to the intangibles; nevertheless, health care providers and patients' encounters produce certain mutual interactions that could result in the modification of the decisions taken by the professionals involved.

A training model similar to that of theatre actors is proposed, one that permits the practicing physician to immerse him or herself in the role of health care provider so that the professional behavior will be credible as well as morally correct.

The communication process with the patient should be a process of creating relation, introducing new concepts such as informed flexibility. Data collection from patients about their experiences with health care professionals will be extremely useful in the elaboration of a new model.

Key words: Communication. Patients.

ANALES Sis San Navarra 2001; 24 (Supl. 2): 23-31.

1. Assistant Professor. Director of Fellowship Program Development. Indian University. Department of Family Medicine. Indianapolis, Indiana
2. Associate Professor of Family Medicine and Psychiatry. Director of Predoctoral Education. Department of Family Medicine. University of Rochester. Rochester, New York

Correspondencia:

Ronald M. Epstein, MD
Department of Family Medicine
University of Rochester
885 South Avenue
Rochester
New York 14620-2399
Tfno. 716-442-7470
E-mail: RonaldEpstein@urmc.rochester.edu

INTRODUCCIÓN

La relación entre el paciente y el médico tiene una enorme influencia sobre la salud, el funcionamiento y la satisfacción. De igual modo, un médico que tenga relaciones satisfactorias con los pacientes es más posible que disfrute con su trabajo y que lo mantenga¹. Los procesos de comunicación tanto verbales como no verbales, condicionan la calidad de esas relaciones. Por ello, las facultades de medicina y las instituciones sanitarias llevan a cabo iniciativas parecidas para médicos especialistas. Mientras que algunos de estos programas han logrado con éxito que se esté dando un cambio importante en algunas de las actitudes de los médicos, algunos críticos han expresado su preocupación por el hecho de que la formación no siempre está enfocada a los objetivos hacia los que en un principio se diseñaron; en concreto, fomentar una estrecha relación de compasión y cuidado entre médico y paciente.

Candib, en su libro *Medicine and the Family*² señala que investigación, enseñanza y erudición siempre se han centrado en la comunicación como un conjunto de habilidades y no en una manera de ser respecto a lo que hace que una entrevista médica sea efectiva. Puede que haya una diferencia entre el proceso de comunicación eficaz con un paciente *versus* tener habilidades de comunicación.

Candib opina que una interacción aislada entre paciente y médico es muy diferente a una relación. Una interacción se caracteriza por un intercambio observable de comportamientos, mientras que una relación se caracteriza por cualidades más subjetivas, como el cuidado, la preocupación, el respeto y la compasión. Candib define el papel del médico como “cuidar en relación”. Comienza diciendo que una respuesta al paternalismo de los médicos (y también como resultado del consumismo de los pacientes) ha sido la defensa de un modelo de interacción contractual. Este punto de vista describe cómo un “cuidador de la salud” informativo pero emocionalmente independiente puede verse en el papel de adoptar las decisiones propias de un paciente autónomo. Con esto se puede definir mutualidad como un encuentro de

iguales y que minimiza las dimensiones profundas de poder de la relación entre paciente enfermo y médico. Candib crea un argumento convincente por el que el acto de cuidar a un paciente también cambia al médico, y que ni los médicos ni los pacientes desean relaciones frías o estériles.

Si estas acusaciones tienen validez, enseñar comunicación en la relación médico-paciente puede resultar un tanto superficial. Cuando los sentimientos, las ideas y las experiencias se reducen a “habilidades” y no abordamos el complejo entramado de la interacción entre las personas a “comportamientos”, el resultado es que ponemos mucho más énfasis en lo que se ve (comportamientos verbales, gestos) que en lo que no se ve (sutiles indicios no verbales, matices vocales, el tiempo, lo que no se dice). Por extensión, nuestro trabajo puede que no se centre en examinar esos componentes complejos que en realidad le importan al paciente y en definitiva a su salud, además de valorar factores del entorno médico educativo que apoyan y promueven el desarrollo de las habilidades de comunicación del médico en formación.

En este artículo, describimos e intentamos unir dos tendencias que actualmente existen en la conceptualización de la entrevista clínica. La primera pone el énfasis en lo observable: la adquisición de habilidades y la aplicación de esquemas de códigos cualitativos y cuantitativos a los comportamientos observados entre médico y paciente. La segunda enfatiza las experiencias intangibles: la reflexión del médico, el autoconocimiento, la transformación y aplicación de las valoraciones cualitativas y cuantitativas del efecto recibido por la presencia del médico desde la perspectiva del paciente. Aunque podría parecer obvio que las dos tendencias tendrían que estar relacionadas, distintos enfoques en el campo de la enseñanza y la investigación a menudo enfatizan una e ignoran la otra. En este artículo, comenzamos a examinar algunas de las formas por las que una síntesis de las perspectivas del comportamiento y de la experiencia puede enriquecer nuestro trabajo en la relación médico-paciente, en la competen-

cia comunicativa y en la adquisición de habilidades.

SUBJETIVIDAD MUTUA EN EL CONTACTO CLÍNICO

El paciente y el médico tienen con frecuencia experiencias dispares del mismo contacto. Las investigaciones sobre las percepciones del paciente y del médico de la misma entrevista revelan que paciente y médico a menudo difieren a la hora de recordar los puntos que trataron, cuánto duró la visita y qué seguimiento se llevó a cabo^{3,4}. Puesto que es normal que no haya acuerdo en cuanto al contenido y proceso del contacto, es probable que existan frecuentes discrepancias entre paciente y médico en cuanto a la sensación de estar conectado, en sintonía, con coherencia emocional y con los mismos objetivos. Sin embargo, estos intangibles pueden ser los aspectos más difíciles de examinar cuando hablamos de interacciones con éxito o sin éxito. La subjetividad mutua supone la creación de significado compartido. Es el proceso a través del cual entendemos a los demás y los demás nos entienden. El grado de subjetividad mutua en comunicación puede valorarse por el grado en que ambas partes comparten los mismos objetivos, ideas e intenciones respecto a su trabajo juntos. La congruencia entre médico-paciente sobre el tema a tratar puede ser mayor cuando el paciente y el médico han pasado tiempo identificando claramente sus objetivos. Un enfoque centrado en el paciente, en el que sus ideas, expectativas y sentimientos son tratados explícitamente tendrá más probabilidades de establecer subjetividad mutua o congruencia.

LAS MEDIDAS DE COMUNICACIÓN Y LOS RESULTADOS DEL CUIDADO

En un estudio de las relaciones entre los comportamientos centrados en el paciente y los resultados del paciente, Stewart⁵ dice que cuando el paciente percibía que tenía puntos en común con su médico, los resultados mejoraban (al igual que la satisfacción, menor preocupación sobre la enfermedad y menos peticiones de una segunda opinión). Sin embargo, no había

relación entre los comportamientos codificados, centrados en el paciente, y los resultados en la salud del paciente. Este descubrimiento apoya las afirmaciones de Street y otros de que la experiencia del paciente puede proporcionar una medida más útil y relevante de la calidad de la relación médico-paciente, que los esquemas codificados basados en el observador^{6,7}; también es congruente con la afirmación de Cassell de que el objetivo de la medicina es tratar el sufrimiento como lo perciben los pacientes⁸. La distinción que observó Candib entre médicos que simulan interesarse por los pacientes y los que verdaderamente lo están en la perspectiva del paciente es de gran relevancia en este punto. Stewart observó que dado que la codificación de sus interacciones grabadas "no consiguió captar la esencia de la interacción dinámica entre médicos y pacientes... las diferencias en las habilidades para entrevistar no pueden estar asociadas a las respuestas de los pacientes. El médico pueden aprender a actuar según las reglas de cómo se hace la entrevista centrada en el paciente, sin entender lo que significa ser un auténtico oyente atento y comprensivo sin que el paciente se dé cuenta..."

Entonces, ¿qué percibe el paciente del médico cuando se comunican? ¿Son sus impresiones conscientes y explícitas, o son intangibles y tácitas? ¿Perciben los pacientes los mismos aspectos que los médicos (o investigadores) consideran como los más importantes? ¿Cómo es que los pacientes emiten juicios sobre las cualidades afectivas de las interacciones y la calidad de relación con los médicos? Se podría argumentar que estas conclusiones, para observadores sin preparación y para pacientes, son más precisas cuando se basan ni más ni menos que en las dimensiones de interacción que son más intangibles.

Lo que percibe el paciente es un punto clave: la mayoría de los estudios observacionales han tendido a desarrollarse más bien en función de los datos de lenguaje tangibles y observables, y en algunas dimensiones de expresión afectiva (ej. la risa, la ira) como datos claves para el análisis. Por otra parte, informes de pacientes

y médicos tienden a centrarse en el efecto recibido por el paciente de una relación, lo que está sólo ligeramente relacionado con los datos observacionales sobre comunicación. Ningún método puede satisfacer por completo la experiencia del día a día del paciente con su médico. Una pista para resolver el problema de las impresiones observadas *versus* impresiones percibidas de un contacto clínico se extrae del trabajo de Ambady y col.⁹ Mediante la utilización de técnicas de “análisis seriado” en un trabajo reciente, consiguieron diferenciar a médicos que habían sido demandados de los que no lo habían sido. Se mostraron segmentos breves (“series”) de grabaciones de entrevistas médico-paciente a observadores sin preparación, quienes valoraron el contenido afectivo de aquellas en las que la voz había pasado por un filtro. (Este proceso de filtrado permite al oyente distinguir el tono y la cadencia del discurso, aunque las palabras resultan ininteligibles). Los observadores calificaron a los médicos que habían sido demandados de más “hostiles” y los que no lo habían sido de “sinceramente preocupados” basándose únicamente en los componentes paralingüísticos de la interacción. En otro estudio que utilizaron las mismas grabaciones, y los análisis cualitativos y cuantitativos del contenido verbal no consiguieron poder distinguir entre los dos grupos¹⁰. El método del “análisis seriado”, también utilizado en muchos otros tipos de interacciones, enfatiza que la comunicación no verbal y las impresiones nebulosas –cosas que los pacientes suelen englobar y denominar como “el trato con el enfermo”– pueden verse subestimadas tanto en el estudio de la comunicación como en el de la formación.

Sin embargo, la mayoría de los métodos de investigación, tanto cualitativos como cuantitativos, se han centrado enormemente en el contenido verbal: el análisis conversacional u otros métodos cualitativos generalmente emplean los textos de las grabaciones para examinar la interacción. Los sistemas de codificación se basan en los tipos de frases o declaraciones (por ejemplo, Stiles y Putnam¹¹) y pueden incluir ciertos aspectos vocales o no verbales como elementos secundarios del

sistema de codificación. Los aspectos secuenciales y de desarrollo de la interacción se ven con frecuencia relegados a un segundo plano en el análisis, y cuando se usan explícitamente, a menudo sólo incluyen la sucesión de turnos, el número de intercambios o cambios de tema. Ninguno de estos tipos de análisis parece introducirse en el dominio identificado en el trabajo de Ambady y col.⁹ Por eso, la incorporación de la técnica de análisis seriado abre interesantes perspectivas para la predicción de resultados, pero quizá también para cederle el paso más explícitamente a los intangibles en los contactos clínicos.

Lo que funciona puede ser distinto para los que estén en la habitación, los que estén en el contacto o los que estén examinando la interacción desde la posición ventajosa del sistema sanitario. En un capítulo sobre los resultados del cuidado, Beckman, Kaplan y Frankel¹² identifican posibles resultados en el nivel del proceso de comunicación, los individuos en la interacción, el estado de salud del paciente y el sistema sanitario. Mientras casi toda nuestra preocupación sobre resultados se ha centrado en el nivel de los actuantes y los resultados en la salud del paciente, es importante también ver los procesos de comunicación como mediadores efectivos de los resultados del sistema sanitario y social.

COMUNICACIÓN Y RELACIÓN COMO ASUNTOS MORALES

Frey¹³ y MacWhinney¹⁴ afirman que la medicina de familia trata en primer lugar de la relación con el paciente, y sólo en segundo lugar sobre la prestación de cuidado médico, consultas o servicios. En ese sentido, es importante preguntar si enseñamos el cuidado (si eso es posible) o simplemente las palabras del cuidado. Cuidar es un acto de caridad, y se da sin que haya vínculo con el paciente. Mientras que nadie discutiría que cada paciente puede o debería llenar de alegría a un sanitario, también es cierto que muchos de los obstáculos que se encuentran en el verdadero cuidado a un paciente están en el propio médico. El médico que finge cuidar tiene más posibilidades de que se le considere

que proporciona menos ayuda que a otros que de verdad lo sienten. Cuando las percepciones del médico y las barreras entorpecen su capacidad para cuidar de verdad por el bien del paciente, entonces la relación entra en un compromiso. Sin embargo, con frecuencia los médicos tienen pocos recursos, capacidades u oportunidades para poder reflexionar sobre las dificultades que se encuentra en el cuidado a los pacientes¹⁵⁻¹⁷. Brody diría que la incapacidad para reconocer enormes diferencias entre paciente y médico puede de hecho oscurecer la cuestión del verdadero cuidado: mientras que el médico puede comportarse (y a menudo lo hace) como un profesional muy preparado y prestar el cuidado médico adecuado, existe una responsabilidad moral inherente a la relación entre paciente y médico de cara al paciente y a la sociedad por encontrar la manera de superar las barreras que hay en el auténtico y verdadero cuidado¹⁸. Candib dice: “Los sanitarios muestran cuidado mediante la devoción... Cómo nos comportamos, vivimos nuestras vidas, y trabajamos con los pacientes es un modelo de cómo debe ser una persona entregada al cuidado en este mundo... Nuestra capacidad de volcarnos en nuestro trabajo surge de lo más íntimo de nuestro ser; nos mostramos genuinos”¹⁹. Desde este punto de vista, la dificultad inherente a la enseñanza de la ciencia del comportamiento y la comunicación como conjunto de habilidades resulta aparente.

Más preocupante es la capacidad de dañar la conexión, la presencia, la atención y el cuidado cuando se confunde técnicas de comunicación con comunicación. Se podría preguntar, “¿Qué le parece esto?” de manera que se pueda explorar más allá la experiencia del paciente sobre la enfermedad; o a la inversa, si la misma pregunta se plantea en mal momento o con una mala entonación se cerrará el debate y no habrá más que discutir. Lo mismo ocurre con declaraciones del tipo, “Las pruebas han dado positivo.” Sin embargo, la enseñanza que pone de relieve el verdadero desempeño de las habilidades del médico sobre auténticas experiencias de emociones, ofrece al médico en formación una visión más arriesgada de la relación médi-

co-paciente: ¿es importante compartir la experiencia de un paciente, verse afectado por ella, alterado? ¿O es suficiente ofrecer apoyo superficial (si es convincente) a los pacientes?

La dimensión moral en comunicación se epitomiza en la expresión de empatía. Borrell i Carrio en su ensayo *The Depth of a smile*²⁰ (“La profundidad de una sonrisa”) considera situaciones típicas aquellas en las que un médico podría tener sentimientos ambivalentes o de antipatía hacia el paciente. Nadie animaría al médico a ser brutalmente sincero, a expresar en cada momento sentimientos negativos o a gruñirle al paciente. Es más, Borrell i Carrio sugiere que la “sonrisa de cortesía” en cierta manera forzada, no puede considerarse como una emoción espontánea, sino más bien como un sentimiento que queremos exhibir. Apunta: “Cuanto más esfuerzo pongamos, mejor será la relación... Cuando le sonreímos a alguien que no nos inspira ningún tipo de simpatía, le damos la oportunidad de que se nos muestre tal y como es, no de la forma en que podríamos modelar una relación en la que nosotros, y sólo nosotros, hacemos alarde de nuestro poder. Por eso, forzar una sonrisa no es hipocresía, sino un acto trascendente de voluntad...”

Así que, en esa situación, ¿cómo puede el médico que sonríe evitar representar una comedia superficial y sin significado, una parodia tremendamente emotiva? Respecto a esto, Finestone y Conter hacen una importante distinción entre métodos utilizados por actores de teatro²¹. Los actores generalmente se forman según alguno de estos dos métodos –bien a partir de las expresiones, modelos de entonación para transmitir un sentimiento creíble; o bien a partir del método de actuación a través del cual el actor tiene que expresar emoción de “dentro a afuera”. El actor se imagina una situación capaz de provocar la emoción que él o ella desea expresar. Un actor, por ejemplo, puede imaginar una gran pérdida en su vida y poder llegar a expresar tristeza o a llorar. Finestone y Conter lo denominan “estimulación” más que “simulación” de la emoción. Para los médicos, por tanto, el método preferido (de dentro a afuera o de afuera a adentro) no está claro.

La estimulación de la emoción puede ser un trabajo esencial de empatía, especialmente cuando la experiencia del paciente y su conducta son muy distintas de las del médico. La simulación de la emoción probablemente puede percibirse como falsa, pero también puede valer cuando fallan otros métodos. Para evitar escollos, el médico debe conocer de antemano la diferencia entre la emoción espontánea y la forzada, y la apariencia de sinceridad de Machiavelli²².

PUEDEN LAS CONDUCTAS LLEGAR A CAMBIAR LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

La enseñanza de la comunicación para médicos basada en las habilidades sí que marca diferencias y puede mejorar la calidad de las interacciones que tienen con los pacientes²³. Estas intervenciones, por muy diversas que sean, tienen principios comunes: escucha activa, ayuda al paciente a relatar sus historias, reducción del enfoque biomédico de la entrevista y una mayor participación por parte del paciente en la toma de decisiones. Los estudios han demostrado que alguna de las “lagunas” entre médico y paciente pueden hacerse más grandes debido a la interrupción del médico^{24,25}; a la falta de atención a indicios y pistas²⁶ y a las diferencias que hay entre el paciente y el médico respecto a lo que se atribuye a la causalidad²⁵. Estas diferencias pueden tratarse mediante pequeñas intervenciones como enseñar a los médicos a mantener la conversación con preguntas hasta que el paciente haya enumerado todas sus preocupaciones. De la misma manera que practicar la escala y ejercitar los dedos son esenciales para ser pianista, estos cambios de conducta son fundamentales para formar a los médicos en formación a comunicarse con sus pacientes.

Sin embargo, a ningún pianista se le ocurriría decir que hacer ejercicios con los dedos es música. El habla tiene prosodia al igual que la música tiene ritmo. Pero al contrario que en la formación musical, la entonación, los gestos y el contacto visual raramente se incluyen en la enseñanza de técnicas de comunicación, aunque estos

aspectos pueden reflejar más claramente el tipo de persona que es el médico que su elección de palabras. Simplemente no sabemos si se pueden cambiar estas conductas pero será importante descubrirlo. Y, ¿qué cambios afectan a la percepción global del paciente sobre la calidad de la relación médico-paciente?

Balint¹⁵⁻¹⁶ y Dimsdale²⁷ han identificado factores en el médico que le impiden emitir un diagnóstico preciso, formular un tratamiento efectivo y tener una relación médico-paciente satisfactoria. La fatiga, el dogmatismo, las emociones negativas sin analizar, y un exceso de énfasis en la conducta pueden cerrar el paso a ideas y a sentimientos y abocar en la arrogancia²⁸. Si la educación médica no ofrece a los facultativos la manera de superar barreras para ejercer conscientemente, ni preparación específica tanto para comunicar como para reflexionar, la capacidad para lograr mutua subjetividad y verdadera comprensión hacia los pacientes puede verse limitada. Creemos que la práctica médica concienciada encierra más que el análisis de las emociones, aunque tan eficazmente haya sido promovida por los grupos de Balint^{15,16}. También incluye que cuando se esté con el paciente se sea consciente de los propios procesos mentales, ya esté relacionado con la toma de decisiones médicas, los procedimientos técnicos o la obtención de datos de los pacientes. Los sanitarios concienciados son fácilmente identificables por los pacientes y sus colegas, están presentes, atentos, tienen curiosidad y carecen de ideas preconcebidas. Creemos que se pueden cultivar estos atributos –se cultivan, por ejemplo, de forma rutinaria por estudiantes de música, y también son características de un buen profesor médico, pero puede que necesitemos un nuevo método para formar médicos que se centre explícitamente en fomentar estos atributos.

A QUÉ NIVEL Y A QUIÉN DEBERÍAN ESTAR DIRIGIDAS LAS INTERVENCIONES

Tanto el efecto acumulativo como las conductas de la comunicación observadas de la relación médico-paciente, pueden

afectar los resultados del cuidado⁵. Para mejorar la relación, tendría sentido que las intervenciones se dirigieran al médico, al paciente y al sistema de salud. En los años 80, Kaplan, Greenfield y Ware²⁹ demostraron intervenciones de éxito a pacientes para mejorar los resultados biomédicos de los mismos: mediante una sesión de 20 minutos se les enseñó a los pacientes a interpretar sus propios informes y a hacer preguntas concretas al médico; los pacientes con diabetes experimentaron una bajada en los niveles de hemoglobina glicosilada y los que tenían hipertensión sufrieron un descenso de presión sanguínea. La formación intensiva a médicos a dado resultados un poco más modestos; las investigaciones muestran un aumento en la satisfacción del paciente, adherencia al tratamiento y sintonía con la angustia psicosocial de los pacientes³⁰. Además, no está claro cómo el entorno que rodea a los médicos y a los pacientes afecta a la calidad de la interacción. En este momento se están llevando a cabo estudios sobre intervenciones por niveles para mejorar la comunicación. Pocos estudios han empleado al mismo tiempo intervenciones a nivel de médico y a nivel de paciente para conseguir mejores resultados que si lo hubieran hecho cada uno por separado. Mientras que creemos que los pacientes quieren decir algo sobre cómo quieren abordar su propio cuidado médico, también es cierto que el modelo de “paciente activado” puede funcionar mejor según el tipo de paciente de que se trate. No sabemos demasiado sobre los mecanismos comunes de tales intervenciones. Por ejemplo, no es muy probable que podamos achacar el éxito de las intervenciones del paciente en la comunicación sólo al hecho de que hayamos conseguido que el paciente sea más consciente y sepa más de su enfermedad. El intercambio de técnicas de comunicación puede ayudar a los médicos inconscientemente a desarrollar un mayor tono emocional en la interacción y a cambiar su conducta no verbal, como el tono y ritmo del discurso, el contacto visual y la postura. Creemos que estos cambios pueden ser palpables por un participante que observe el diálogo médico, pero sólo lo será para aquel que tenga la suficiente

objetividad como para no dejarse llevar por sus propios prejuicios cuando se observe a sí mismo, una tarea nada sencilla. Pero, ¿es necesario que el estudiante tenga presente y se centre en estos pequeños cambios? Quizá no, del mismo modo que cuando se aprende a montar en bicicleta no es necesario saber los principios de la gravedad y de la inercia, aunque sí conviene conocer sus efectos. El estudiante que puede percibir el ritmo general, la marcha y el equilibrio necesarios para mantenerse firmes, puede que no necesite preparación específica para saber realizar pequeños ajustes cuando sea preciso.

QUIÉN PUEDE JUZGAR LA CALIDAD DE LA COMUNICACIÓN

Aunque pueda parecer obvio que sólo el paciente pueda ser el verdadero árbitro de la comunicación con el médico, es difícil reconciliar este punto de vista con la observación de que distintos pacientes ven al mismo médico de forma distinta. Las medidas para la comunicación centradas en el paciente, por ejemplo, consiguieron predecir los resultados de determinados contactos, lo que es lo mismo que la diada médico-paciente del estudio de Stewart y col⁵, pero se dio una variabilidad significativa entre los pacientes de un mismo médico. Por tanto, puede ser que el ideal de cuidado centrado en el paciente pueda estar condicionado por la relación diádica (o triádica) más que por las características de un médico o de un paciente en particular. Con respecto a eso, la flexibilidad profesional –el punto hasta el que los médicos pueden adoptar distintos estilos de comunicación según el tipo de paciente– se convierte en una de las características que definan la buena comunicación.

Se ha progresado enormemente en los últimos 30 años sobre cómo enfocar el estudio de la comunicación médico-paciente y cómo formar médicos para que la comunicación con sus pacientes sea más efectiva. Pero existen algunos dominios que deberían hacernos reconducir nuestros esfuerzos para entender mejor cómo tratar algunos de los aspectos de la comunicación que no se han entendido

bien. La comunicación puede y debería entenderse como un medio y como un signo de creación de relación. Si se toma una perspectiva dual, la del observador y la del participante, las conductas observadas pueden relacionarse con los efectos recibidos que experimenta el paciente. Además, la perspectiva dual puede ayudarnos a redefinir lo que puede ser importante observar. El grado en que la comunicación contribuye en la relación puede y debe ser estudiado. La flexibilidad se puede valorar, y quizá practicarse evitando adoptar con rigidez un conjunto de parámetros de comunicación. En general, se ha hecho relativo poco uso del paciente como informador y participante en los estudios sobre comunicación. Dimensiones tácitas de conocimiento, como la entonación verbal, pueden ser de gran valor en la investigación y en la enseñanza. El objetivo de la comunicación –la creación de relaciones curativas– puede y debería guiar en un futuro su enseñanza y su investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. MECHANIC D. Health and illness behavior and patient-practitioner relationships. *Soc Sci Med* 1992; 34: 1345-1350.
2. CANDIB L. *Medicine and the family*. New York 1995: Basic Books.
3. FRIEDEN RB, GOLDMAN L, CECIL RR. Patient-physician concordance in problem identification in the primary care setting. *Ann Int Med* 1980; 93: 490-493.
4. STARFIELD B, WRAY C, HESS K, GROSS R, BIRK PS, D'LUGOFF BC. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *Am J Public Health* 1981; 71: 127-131.
5. STEWART M, BROWN JB, DONNER A, McWHINNEY IR, DATES J, WESTON WW et al. The impact of patient-centered care on patient outcomes. *J Fam Pract* 2000; 49: 796-804.
6. STREET RL. Analyzing communication in medical consultations: do behavioral measures correspond to patients' perceptions? *Medical Care* 1992; 30: 976-988.
7. FOLGER J, POOLE MS. Relational coding schemes: the question of validity. *Communication Yearbook* 5. Beverly Hills: Sage Publications 1982.
8. CASSELL E. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Eng J Med* 1982; 306: 639-645.
9. AMBADY N, LAPLANTE D, NGUYEN T, CHAUMETON N, ROSENTHAL R, LEVINSON W. Thin slice judgments of physicians' affect: vocal cues associated with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. 2000 (En prensa).
10. LEVINSON W, GORAWARA-BHAT R, LAMB J. A study of patient clues and physician responses in primary care settings. *JAMA* 2000; 284: 1021-1027.
11. STILES W, PUTNAM S. Analysis of verbal and nonverbal behavior in doctor-patient encounters. En: *Communicating with medical patients*. Eds. M. Stewart and D. Roter. Newbury Park, CA: Sage Publications 1989.
12. BECKMAN H, KAPLAN S, FRANKEL R. Outcome based research on doctorpatient communication. Eds. M. Stewart & D. Roter. En: *Communicating with medical patients*. Beverly Hills; Sage Publications 1989.
13. FREY J. The clinical philosophy of family medicine. *Am J Med* 1998; 104: 327-329.
14. McWHINNEY IR. William Pickles Lecture 1996. The importance of being different. *Br J Gen Pract* 1996; 46: 433-436.
15. BALINT M. *The doctor, his patient, and the illness*. New York: International Universities Press 1964.
16. BALINT E. *Before I was I*. London: The Guilford Press 1993.
17. SANTORELLI S. *Heal thy self*. New York: Bell Tower Press 1999.
18. BRODY H. *The healer's power*. New Haven: Yale Universities Press 1992.
19. CANDIB L. Keystone Conference 2000, Keystone, Colorado.
20. BORRELL I CARRIÓ F. The depth of a smile. *Med Encounter* 2000; 15: 13-14.
21. FINESTONE HM, CONTER DB. Acting in medical practice. *Lancet* 1994; 344: 801-802.
22. MACHIAVELLI N. *The Prince*. New York: Bantam Books, 1981.
23. SMITH RC, LYLES JS, METTLER J, STOFFELMAYR BE, VAN EGEREN LF, MARSHALL AA et al. The effectiveness of intensive training for residents in interviewing. A randomized, controlled study. *Ann Intern Med* 1998; 128: 118-126.
24. BECKMAN H, FRANKEL R. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984; 101: 692-696.

25. MARVEL MK, EPSTEIN RM, FLOWERS K, BECKMAN HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? JAMA 1999; 281: 283-287.
26. LANG F, FLOYD MR, BEINE KL. Clues to patients' explanations and concerns about their illnesses. Arch Family Med 2000; 9: 222-227.
27. DIMSDALE JE. Delays and slips in medical diagnosis. Perspectives in Biology & Medicine 1984; 27: 213-220.
28. EPSTEIN RM. Mindful practice. JAMA 1999; 282: 833-839.
29. KAPLAN S, GREENFIELD S, WARE J. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. Medical Care 1989; 27: S110-S127.
30. ROTER DL, HALL JA, KERN DE, BARKER LR, COLE KA, ROCA RP. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress – a randomized clinical trial. Arch Intern Med 1995; 155: 1877-1884.