

Comentario Editorial: Doctor, cállate y escucha

Doctor shut up and listen

Ricardo Teodoro Ricci*

A modo de introducción

En el artículo publicado por Joshijan¹ en el diario New York Times que genera esta reflexión, se hace una inicial referencia a una señorita de nombre Betsy, que concurre a la consulta con el Dr. Martin en búsqueda de una segunda, o tal vez, una sexta opinión. Durante todo un año ha concurrido a otros cinco médicos acusando "pulsaciones demasiado rápidas" y una sensación de "estar estresada". Después de esas evaluaciones fue derivada para consejo psicológico a raíz de un cuadro de Ansiedad Generalizada. Durante la construcción de la historia clínica, el Dr. Martin descubrió que Betsy estaba efectuando un tratamiento para perder peso ayudado por un producto que contiene efedrina. Al suspender ese tratamiento los síntomas fueron moderándose hasta desaparecer por completo. Cuando se le preguntó el motivo por el que ella nunca había mencionado ese tratamiento, contestó que nunca se le había preguntado. En su lugar, los médicos que previamente la había asistido, solicitaron todo tipo de estudios complementarios sin efectuarle un detallado interrogatorio acerca de su problema.

Hasta aquí un problema conocido y todo médico puede tener una anécdota similar para compartir. De allí, a que todos los médicos tengamos una actitud sistemática de escucha con nuestros pacientes, hay una distancia demasiado larga. Un tema en el cual, con toda seguridad, ninguno de nosotros está en condiciones de tirar la primera piedra.

Este trabajo no desea hacer hincapié en los errores de comunicación que todos los médicos cometemos a diario ya que es un tema por demás trillado. Tampoco deseo hacer una extensa justificación de las virtudes de la escucha, ni del valor de la interacción empática con el paciente. Para dar un paso adelante, me propongo destacar la importancia que tiene el presente tema en el área de la Educación Médica. Estoy convencido que un real cambio en este sentido sólo puede surgir de un concienzudo replanteo respecto del modo en que educamos a los futuros médicos.

Las habilidades comunicacionales de los médicos

El caso de Betsy, es una muestra más de la ineptitud comunicativa que los médicos poseemos. Acepto que hacer una generalización es demasiado aventurado, y que ella se justifica por el hecho de que las habilidades comunicacionales con las que nuestros estudiantes y recientes graduados interactúan con sus pacientes, están incluidas en su personalidad y constituyen una competencia previa al ingreso a la academia. Concretamente, la facultad no les enseña a comunicarse, lo hacen con mayor o menor éxito sobre la base de las competencias adquiridas en el trato social general.

En el artículo se menciona que el 70% de los resultados adversos en los tratamientos de los pacientes, no provienen de fallas en las habilidades técnicas, lo hacen de los defectos comunicacionales de los profesionales de los establecimientos en los que se realizó el estudio.

En nuestro medio solemos decir lo mismo de una manera más concreta y quizás exagerada: Si un estudiante no sabe palpar un hígado o no posee la habilidad necesaria como para auscultar un corazón, no obtiene su título de médico. En cambio, si un estudiante carece de competencias comunicacionales como para escuchar al paciente o expresarse efectivamente con él,

no deja de obtener la titulación en medicina. En suma, carecer de habilidades de comunicación, no incapacita a una persona para ejercer la medicina.

Pero el problema no termina allí, no termina con la observación de la anomalía. El problema se vuelve dramático cuando advertimos que la academia nunca efectuó intentos sistemáticos para enseñar estas competencias, por lo tanto nunca las evaluó. Esta constatación es por demás antipática, pues nos obliga a reconocer que nosotros mismos formamos médicos incompetentes comunicacionalmente hablando. Eso es grave y merece ser replanteado con urgencia y seriedad.

La habilidad del médico para explicar, escuchar, y empatizar con el paciente, tienen un efecto determinante y un profundo impacto en el cuidado del paciente y en los resultados finales que se esperan lograr. En estudios incorporados al artículo de referencia, se advierte que dos de cada tres pacientes se van del hospital sin un cabal conocimiento de su diagnóstico, y que el 60% de ello han entendido incorrectamente las indicaciones propuestas por el profesional actuante. Además un asunto sobradamente comentado, la mayoría de los pacientes ha sido interrumpido por los profesionales sólo 18 segundos después de haber iniciado la narrativa del padecimiento que motiva la consulta. Las excusas esgrimidas son tan variadas como atendibles. Se carga contra el sistema, contra la falta de tiempo, contra la sobre saturación de los servicios, etc. ¿Alguna vez se hará un replanteo serio de las condiciones de trabajo de los profesionales médicos? Pero, en muchos casos, no caben excusas, simplemente no se quiere escuchar, se carece de interés, hay alguna prisa, o lo que es peor no se está capacitado para cuidar y respetar al paciente.

Acciones concretas para mejorar la situación

Se han intentado numerosas maneras de modificar este estado de cosas. Su objetivo es lograr que los futuros médicos desarrollen habilidades de comunicación mediante el proceso clásico de formación médica. Es decir, que se les enseñe seriamente a comunicarse, que se considere significativo este aporte a su educación médica, y finalmente, que esta habilidad sea evaluada sistemáticamente con el objetivo de celebrar los aciertos y corregir los errores en el estricto ámbito académico.

Acostumbrados como estamos, a tomar los estándares internacionales como orientadores de nuestras propias prácticas, bueno es reconocer que el American Board of Medical Specialties ha reconocido en 1999, que las habilidades interpersonales y de comunicación forman parte de las competencias claves de los médicos. Es decir, la cuestión de la correcta comunicación entre el médico y el paciente, ya reconocida como elemento esencial para optimizar los resultados de la práctica médica, es ahora valorada como 'competencia clave'.

La academia no puede soslayar incluirla seriamente en la formación de los médicos. La correlación entre el índice de satisfacción del paciente – dependiente de una buena interacción comunicativa - y los éxitos terapéuticos es tan fuerte, que no se puede menospreciar. De una vez por todas, la academia debe valorar estas y otras cuestiones emparentadas directamente con las Humanidades Médicas, con el fin de potenciar el estatus de estas, y de colocarlas en un mismo nivel que las disciplinas que se encargan de instrumentar al estudiante en las habilidades clínicas.

* Facultad Medicina, Universidad Nacional de Tucumán. teodoro.ricci@gmail.com



La observación no participante de fenómenos sociales

Primero parece conveniente entrenar al estudiante en la observación simple de las personas y en los fenómenos a ellas asociados. Es importante que sepa apreciar que todo es comunicación. Hemos trabajado con nuestros estudiantes sobre la base de observaciones que se les aconsejó recolectar en la calle. Simplemente contar qué vieron en las interacciones humanas que presenciaron en las plazas, en las calles.

Las interacciones humanas generan historias, la percepción de la observación no participante estimula la imaginación y promueve relatos. Por ahora, no es importante que las historias sean verdaderas, lo válido es que se construyan sobre los rasgos observados. Una pelea, un cortejo, un simple acompañamiento. El estudiante debe construir una narrativa en base a lo visto, no sobre lo oído. Una vez realizada esta tarea, el mismo estudiante logra aceptar con convicción que toda interacción humana es una instancia comunicativa. No le parecerá extraño que cuando él se halle en contacto con personas, sean estas quienes sean, se establece siempre un vínculo comunicativo. Confirmación, desconfirmación o descalificación, ocurren como eventos cada vez que un ser humano se encuentra con otro.

El contacto con pacientes internados en instancias personales

Segundo, es indispensable que el estudiante se familiarice con algunos aspectos centrales de la comunicación entre las personas y con lo que ocurre en el primer instante del encuentro con su futuro paciente, ya que como sostiene Bretón "...la primera palabra a menudo es fundadora, pero es percibida a través de una pantalla de significación y de valor donde la cualidad de presencia es primordial ..."².

Por eso les recomendamos a nuestros alumnos que entren en contacto con pacientes, pero no en instancias clínicas, sino en instancias personales y socio culturales. Lo hemos hecho con nuestros estudiantes de segundo año instándolos a comunicarse con pacientes internados en el hospital. Luego de presentarse les recomendamos que comiencen la conversación con alguna pregunta como las siguientes: ¿Está cómodo en el hospital? ¿Cómo lo tratan? ¿Lo visita alguien de su familia? ¿Cómo pasa sus noches? ¿Le molesta estar rodeado de estudiantes?

Posteriormente a dicha instancia de interacción deben informar por escrito de su experiencia haciendo foco en los sentimientos y en las emociones, no sólo los propios, sino los que pudieron advertir en los pacientes y/o familiares que estuvieron entrevistando.

Los juegos de rol

Tercero. Los juegos de roles son un recurso especialmente valioso para trabajar sobre la interacción humana. Representan un modo particularmente intenso y divertido de poner al estudiante en instancias comunicativas de consultorio u otras. El intercambio de roles guiado por un observador entrenado favorece 'ponerse en los zapatos del otro'. En definitiva, empaticar en base a la alternancia en los roles de paciente, médico, familiar, enfermera, etc.

La supervisión de las interacciones de los estudiantes en el marco de sus asignaturas clínicas

En cuarto lugar es conveniente supervisar las interacciones que el estudiante propone y tiene en el estricto marco de las disciplinas clínicas: su modo de acercarse al paciente, su actitud de escucha atenta, sus interrupciones necesarias, la orientación de su interrogatorio, la pertinencia de su control de la entrevista, etc.

Consideramos adecuado que toda materia clínica permita, y se permita evaluar cuáles son los aspectos particulares y distintivos de cada especialidad. Es la oportunidad para mostrar las particularidades de la consulta clínica, neurológica, emergentológica, psiquiátrica, anestesiológica, de áreas de cuidados intensivos, oncológica, de cuidados paliativos, etc.

Naturalmente se requiere un abordaje interdisciplinario de la comunicación. Es allí donde las Humanidades pueden participar de manera conjunta con las especialidades, para aplicar y recordar las medidas generales y destacar las particulares.

Finalmente, nuestros estudiantes deben ser evaluados concretamente en sus habilidades comunicacionales^{3*}. Por eso, los instructores de las pasantías tienen un rol trascendente en esta instancia ya que la observación del desempeño del estudiante en el trato concreto con pacientes reales (en instancias reales de asistencia), es clave e insustituible. Al final de la carrera se impone una evaluación integral, mediante el diseño de estaciones sucesivas en las que se le plantean ocasiones comunicativas que el estudiante debe enfrentar con solvencia y conocimiento.

Este trayecto durante los siete años de la carrera, sin necesidad de incrementar la carga horaria, puede proveer al estudiante de las competencias comunicacionales que harán más efectiva su labor profesional y brindarán a los pacientes el espacio de contención humana que se merecen. Como sostiene Todorov⁴, "...en primer lugar, le pedimos a los otros reconocer nuestra existencia (es el 'reconocimiento' en el sentido estricto) y, en segundo lugar, confirmar nuestro valor (llamemos a esta parte del proceso 'confirmación'). Las dos intervenciones solicitadas no se sitúan en el mismo nivel: la segunda sólo puede tener lugar si la primera ya se ha realizado...".

A modo de conclusión

Los modos de familiarizar al futuro médico con las habilidades comunicacionales son múltiples y variadas. Se trata de un área disciplinaria que permite una enorme creatividad y es netamente práctica. El estudiante no es un analfabeto comunicativo, ya que si llegó adonde está es porque ha logrado interactuar con su entorno social de manera exitosa. Sin embargo, pretender que esas competencias sociales le sirvan para tratar con pacientes es aventurado y riesgoso.

Los dispositivos educativos que estamos proponiendo son solo un sencillo modo de adentrarse en una cuestión que permite replanteos y la generación de modos mucho más eficaces y eficientes de instalar la enseñanza de estas 'competencias clave' en el seno de la academia.

Recibido el 12/02/15 y aceptado el 16/02/15.

* * Para ampliar sobre este tema recomendamos leer en detalle el capítulo 3 del libro "La relación médico paciente" de la Dra. María del Carmen Vidal y Benito (Edit. Lugar, CABA, 2010). En él se desarrolla la complejidad de la evaluación de las habilidades comunicacionales de modo extenso y excelente.

Referencias

1. Joshijan N. "Doctor, Shut Up and Listen". January 5, 2015 (New York Times). Disponible en URL: http://www.nytimes.com/2015/01/05/opinion/doctor-shut-up-and-listen.html?_r=0
2. Bretón P. El silencio y la palabra contra los excesos de la comunicación. Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina, 2011.
3. Vidal y Benito María del Carmen. La relación médico paciente. Editorial. Editorial Lugar, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2010.
4. Todorov T. La vida en común. Taurus, Buenos Aires, 2008.