

fase terminal; el paciente enfrenta la amenaza de cáncer, el planteamiento del diagnóstico, se suscitan fantasías en su psique que lo hacen visualizar escenas horribles en donde sufre dolor incoercible, se ve desfigurado, inválido. Con un cruel cambio en su imagen corporal o arrastrando lisa y llanamente una sentencia de muerte. Estas imágenes, que pudieran hacerse realidad, lo acompañan a lo largo de la evolución de su enfermedad y en ocasiones lo acongojan más que su propio padecimiento. La evolución puede llevar un paso rápido o lentamente doloroso. Es importante que el médico determine la velocidad del avance y reconozca el momento oportuno de intervención que facilite el tránsito del enfermo por este escabroso camino, a fin de lograr la aceptación del padecimiento y con ello su tranquilidad.

En los casos en que la evolución lleva al paciente a la fase terminal la gran necesidad de ser escuchado y entendido cobra importancia, y si bien no hay ayuda material o física que el médico pueda ofrecer, su presencia dando atención, escucha y apoyo tiene gran valor.

Por tanto, para escuchar al paciente hace falta UN LUGAR el consultorio médico tranquilo, plácido agradable en donde el paciente pueda estar lo más confortable posible: en ese lugar el paciente puede expresarse abiertamente y puede hablar de sus TEMORES y donde tiene tiempo para expresarse y hablar de su miedo a la enfermedad, y a los otros miedos ya referidos previamente, el médico escucha y entiende y consuela. Cuando el paciente entra en la fase terminal sus temores se pueden expresar en varias preocupaciones, la económica sobre el futuro de sus sobrevivientes, situaciones no bien definidas respecto a rencillas familiares que no han quedado resueltas, con hermanos o con hijos u otros familiares o allegados. Paulatinamente se va agregando la DEBILIDAD. LA COMUNICACIÓN se hace más lenta y con dificultad, hay momentos de DEPRESIÓN que surge por la pérdida del objeto más importante, la vida misma, dependiendo de su estructura psicológica y de la preparación dada por su médico, el paciente tiene aceptación ante el evento y mantiene su objetividad. Para recibir a la muerte con tranquilidad y dignidad, ocasionalmente pueden aparecer delirios depresivos propiciados por los cambios metabólicos que sufre el paciente. Por tanto el médico continúa escuchando, con atención, con respeto, orienta y vuelve a escuchar.

Norma tenía 46 años cuando llegó al consultorio de Psiquiatría del Hospital, platicó que como hallazgo radiológico durante un examen médico se le encontró cáncer de páncreas el cual no podía tener tratamiento de ningún tipo, en ese momento se encontraba completamente asintomática y fue remitida al Servicio para apoyo emocional el cual ella aceptó y durante dos años en entrevistas bimensuales de 20 a 30 minutos se fue tejiendo una relación médico-paciente con hilos de oro y plata en donde se depositaban recuerdos, sueños, temores y esperanzas, el

pasado alegre cuando florecía la belleza y la juventud y no había nubarrones en el horizonte después su vida matrimonial feliz con un hombre que la amaba, la llegada de sus hijos, sus experiencias personales, sus viajes, sus sueños y sus ilusiones gradualmente se fueron depositando en la cesta de oro tejida por su palabra y la palabra de su médico los cuales fueron conformando la relación médico-paciente. A través del tiempo e inevitablemente el mal empezó a aflorar y paulatinamente esa flor hermosa se fue marchitando, apareció el malestar general, el dolor abdominal, la falta de gusto por el alimento y el decaimiento paulatino. Norma continuó asistiendo a la consulta y entre sus frases decía "te agradezco que me escuches ahora y que me hayas escuchado todo este tiempo, yo sé que los médicos tienen mucho trabajo y aunque quieran no tienen tiempo para escucharme y mis cosas te las vengo a contar a ti, tu sabes cosas de mi que nadie sabe porque a nadie se las he dicho, pero siento que ya no puedo, ya me voy a ir, no tengo miedo, me has ayudado, mira, te traigo esta medalla que recibí cuando terminé mi Primaria, acéptala es un recuerdo que te dejo, "vamos, no te pongas triste, yo no tengo miedo y acepto mi destino ¿y tu?" Poca a poca las citas finales se fueron espaciando y un día Norma no acudió a la cita, llegó la hora de salida y entregué su expediente. Los expedientes son hojas de papel con información médica precisa, en ellos se vierte la ciencia, el conocimiento, la sabiduría pero también la pasión y la tristeza expresada en dos o tres palabras "no acudió" entonces el expediente no se vuelven simples hojas de papel, es un fragmento de vidas humanas que se encarna por momentos a través de las frágiles hojas de papel. Entregué el expediente de Norma, no vino a la consulta yo sé porque, yo sé en donde está y ahora guardo su recuerdo. Algún día la alcanzaré junto con otras Normas que han venido y que se han ido y que ya no aspiran el perfume de los naranjos y son como las olas de un océano azul de sentimientos que van y vienen y se llevan un poco de mi y me dejan un poco de ellas.

La Comunicación, el médico y la calidad

ACAD. DR. JORGE M. SÁNCHEZ GONZÁLEZ

Médico cirujano por la Universidad Autónoma de Guadalajara (UAG); especialista en patología clínica, con práctica privada desde 1986 a enero de 2001, certificado por el Consejo Mexicano de Patología Clínica. Es miembro numerario de la Academia Mexicana de Cirugía y ha sido fundador y presidente de diferentes Asociaciones y Colegios Nacionales y Estatales. Es diplomado en enseñanza de la medicina por la UNAM y en calidad para las instituciones de salud por la UAG. Ha participado en diferentes organismos de ca-

rácter social, algunos de ellos son: fundador y miembro titular del Consejo Estatal de Salud, la Comisión Estatal de Arbitraje Médico en Guanajuato, así como el patronato del DIF del estado de Guanajuato. Es catedrático universitario y ha publicado un número importante de artículos originales y trabajos de investigación. Por su actividad en la investigación ha recibido diversos reconocimientos estatales y nacionales. Actualmente participa en el Comité editorial de las revistas LABORAT-ACTA, CALIMED y revista CONAMED; es el Director General de Promoción y Difusión de la Conamed.

"El hecho de que el médico solamente actúe como científico y de que despersonalice al paciente convirtiéndolo en un objeto biológico de conocimiento mina la base de la consulta médica, deforma su desarrollo y limita sus frutos".

*Dr. Fernando Martínez Cortés, Consulta Médica y Entrevista Clínica: Medicina del hombre en su totalidad. 1979.

Hoy en día existe una coincidencia al afirmar que de todas las habilidades que debe tener un médico, probablemente la más importante sea la de la comunicación interpersonal.

En cualquier actividad que realice el médico, derivada de su especialidad o del ejercicio de la medicina general, y bajo cualquier enfoque que se de al trabajo cotidiano, el profesional de la salud transcurre en un proceso constante de recepción y transmisión de información, lo que supone una relación permanente de comunicación, la que hoy demanda la sociedad que sea con calidad. A pesar de los avances producidos los últimos años en los instrumentos y técnicas de comunicación, la vía más utilizada por los profesionales de la salud es la comunicación oral. La comunicación frente a frente, como instrumento de intercambio de información y de influencia sobre las personas tiene ventajas que no pueden sustituirse por otras vías, ni por medios técnicos, como lo es la retroalimentación inmediata, que permite verificar la comprensión y el efecto del mensaje transmitido; obtener la "información" que trasmite el lenguaje gestual, corporal o no hablado; la riqueza de matices que se introducen con la entonación, el ritmo, el énfasis; la posibilidad de transmitir, captar y generar sentimientos. Pero también, la comunicación oral puede ser generadora de incomprendiones, actitudes defensivas, rechazo y conflictos, más que cualquier otra vía de comunicación. Cuando se escribe, se puede volver atrás, suavizar expresiones, después que se dice algo, es más difícil la rectificación. La principal fuente de conflictos son las malas comunicaciones interpersonales- afirma De Bono.

Sobre las leyes de la comunicación existen diferentes criterios entre los especialistas. Entre las que hay mayor consenso se encuentra que lo válido en una comunicación no es lo que dice el emisor, sino lo que entiende el receptor.

Muchos especialistas consideran que esta es la primera ley de la comunicación. Efectivamente, el objetivo final de una comunicación es transmitirle al receptor un mensaje, o un sentimiento. La meta principal de la comunicación es la persuasión, es decir, el intento que hace el orador de llevar a los demás a tener su mismo punto de vista - afirmó Aristóteles.

De esto se deriva que, la responsabilidad principal de una buena comunicación, recae en el emisor, en nuestro caso, en el médico. Esto le plantea al profesional de la salud la necesidad de tomar muy en cuenta las particularidades del receptor, antes de transmitir un mensaje de calidad. No basta con tener claro el objetivo que nos proponemos cuando vamos a transmitir un mensaje. Muchas veces no lo logramos, precisamente, porque no tomamos esto en cuenta.

Relacionado con esto, está el problema de que, un mismo mensaje, puede ser interpretado de manera diferente por cada cual. Por eso, el médico, si quiere ser efectivo debe tomar en cuenta las posibilidades de los pacientes a los que dirigirá su mensaje.

Toda comunicación tiene dos aspectos: el intelectual, que es el contenido, "lo que se dice"; y las emociones (relación) que está dado, por "el cómo se dice". Según investigaciones, de lo que se comunica en forma oral sólo el 7% del mensaje es verbal, el 38% viene de la entonación, y el 55% proviene de los signos faciales. En esto debe influir el hecho de que, según investigaciones, más del 80% de la información que almacena la mente humana se origina por medio de la vista.

En lo general, y en lo cotidiano de la vida en comunidad, es indudable que las relaciones humanas para ser armónicas dependen casi en su totalidad de la comunicación, es decir, de la manera en que nos comunicamos. Las palabras, junto con otras expresiones del lenguaje, ofrecen opciones infinitas de expresar lo que sentimos pero, por obvio que resulta, es necesario expresarlas con sapiencia y conocer a fondo sus alcances y posibilidades de significación, tanto para el emisor como para el receptor. Una frase puede provocar aceptación o rechazo, emoción, malestar o frustración. El tono, el volumen de la voz, la expresión corporal, la cadencia y matices que le damos al lenguaje, marcan la diferencia entre un gran momento o una decepción.

La comunicación utiliza el lenguaje, no sólo para transmitir a otros nuestros pensamientos. Es también un medio para comprendernos a nosotros mismos, expresar nuestra experiencia y situarla dentro de un marco de referencia. Al expresar con palabras lo que sentimos estamos ubicándonos, tomando conciencia de lo que pasa en nuestro interior; estamos comprendiendo nuestras propias ideas, estados de ánimo, sentimientos y aspiraciones.

Hoy en día la comunicación es de vital importancia en los servicios de salud. Sin comunicación la ciencia médica no accede a la dilucidación de los signos y síntomas. La

comunicación es el principio que subyace al proceso terapéutico, que junto con el arte de la medicina y su interés por la singularidad de cada paciente, reconoce el impacto de la enfermedad o el trastorno en el paciente.

Hoy se identifica a la comunicación médico-paciente con una mala calidad, todo ello propiciado porque durante muchas décadas los médicos han adquirido las técnicas necesarias para comunicar malas noticias a pacientes y sus familiares por "osmosis" o mediante la "experiencia". Oscar Wilde definió a esta última como "la manera como todo el mundo llama a sus errores".

Desde los años 90's se reconoció la necesidad de incluir en los planes académicos de pre y post grado en medicina, el entrenamiento en habilidades para la comunicación e interacción. Doherty y colaboradores en 1990 describieron que la comunicación apropiada entre médico y paciente es la piedra angular de la práctica médica, basándose en investigaciones como la de Hampton en 1975 y Sandler en 1980, que describen a la información derivada de la entrevista médica como la fuente del 60 a 80% de los diagnósticos. Luego entonces, la base de la entrevista médica es la comunicación y la entrevista es en sí misma la base de la buena práctica.

Evans en 1991, encontró con un grupo que después de tomar parte en un curso de habilidades de comunicación, los estudiantes de medicina fueron más competentes para detectar y responder apropiadamente las sugerencias verbales y no verbales de los pacientes, y fueron capaces de obtener información más relevante de sus pacientes que el grupo control.

Por otra parte, se tiene evidencia relatada por Kaplan en 1989, que la buena comunicación médico-paciente impacta sobre los resultados de salud, en términos del estado funcional del paciente y de la evaluación subjetiva de la salud.

Otro estudio realizado por Falowfield en 1992 demostró que una mejor comunicación entre médico y paciente puede producir más consultas recompensantes para el médico, tanto en el plano profesional como en el personal. Todo paciente debe ser capaz de contar con un médico entrenado como atento oyente, observador cuidadoso, comunicador sensible y clínico eficaz, en caso contrario, juzgará sus habilidades de comunicación subjetivamente, malinterpretándolas como deficiente atención o capacidad técnica-científica.

Hasta aquí se ha mencionado sólo la interacción entre médico y sus formas de comunicación, pero debemos aspirar a que esta sea con calidad, con la calidad total que en nuestra era se reclama a través de la sociedad. En tal virtud, el presente panel plantea diversos abordajes sobre la calidad, que dada la brevedad del tiempo, los conferencistas, en los próximos 90 minutos sólo nos aproximarán a ellos, para obligarnos, posterior al planteamiento de dilemas, el emplazamiento a dialogar y proponer una mejora continua en la comunicación médico-paciente con calidad en nues-

tro país, considerando para su completa comprensión, el conocimiento de los diferentes tipos de comunicación existentes entre los humanos o en su relación asociada a la medicina, que se complementan con el resto de las presentaciones del Simposio.

Los participantes del panel nos expondrán el estado del arte que guarda la comunicación en su relación con la asistencia sanitaria, sus herramientas y algunas variantes de la misma, que inciden en la calidad asistencial, en las organizaciones de salud y sin pasar por alto, la importancia e influencia que hoy por hoy representa el desvanecimiento de las fronteras comunicacionales.

Me congratulo de participar en este panel que concatena la comunicación humana y la calidad de los servicios de salud.

Sin más preámbulo presento a nuestro primer conferencista: Dr. Miguel Romero Téllez.

Comunicación y calidad de la atención

DR. MIGUEL BERNARDO ROMERO TÉLLEZ

Estudió la carrera de medicina en la UNAM. Especialidad de medicina familiar en el IMSS. Certificado por el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar. Tiene entrenamiento en psicoterapia familiar y es fundador del Centro de Estudios de la Familia Noroeste, en Hermosillo. A partir de 1989 inicia su interés por el estudio y aplicación de las teorías de calidad en servicios de salud. En el inicio de los 90's impulsó proyectos exitosos aplicando herramientas de calidad y elementos de gestión directiva efectiva en unidades médicas del sector salud en Sonora, por lo que fue invitado por la Dirección General del IMSS, formó parte de un grupo de instructores y asesores internos en materia de calidad, incorporando elementos de planeación estratégica a la práctica de la metodología de calidad; así participó en el proyecto de modernización de delegaciones del IMSS durante 1993 y 1995, asesorando directamente a 12 delegaciones del sistema en el país. Asesor médico en la Dirección Regional Noroeste del IMSS de 1995 a 1997, publicando 2 artículos de investigación científica en ese periodo. Comisionado por la Dirección General del IMSS en octubre de 1999 para participar en el conocimiento y análisis del sistema de salud catalán en Barcelona España, con enfoque en su proceso de reforma y gestión de calidad. Durante el año 2000 participó como asesor de la dirección de organización y calidad del IMSS, en el diseño y práctica