

La comunicación humana en la relación médico paciente

Dra. María Virginia Gómez Padrón

RESUMEN.

Se hizo una revisión de criterios sobre el tema de la comunicación en la relación médico-paciente, extraídos de la literatura. Se analizaron los mismos y se exponen los criterios de la autora al respecto, haciendo énfasis en los aspectos que son considerados fundamentales: los elementos involucrados en la comunicación verbal y en la no verbal, las estrategias para dar malas noticias y el impacto de las nuevas tecnología comunicacionales como el correo electrónico e INTERNET. Se exponen las conclusiones a las cuales se arribó.

Palabras clave: Comunicación verbal; comunicación no verbal; relación médico-paciente; comunicación de la verdad; nuevas tecnologías de información.

INTRODUCCIÓN

Con el decursar del tiempo, el hombre ha ido perfeccionando cada vez más los recursos y la tecnología contando con una amplia red de información y medios de comunicación sofisticados ⁽¹⁾; sin embargo, muchas veces no consideramos la comunicación y el lenguaje como las posibilidades que tiene el hombre de penetrar en la realidad y ganar una posición de dominio frente a todo aquello que le afecta de algún modo; y, lo que es peor aún: no mantenemos un nivel de comunicación adecuado entre nosotros mismos. ⁽²⁾

Los pensamientos e ideas han de expresarse en forma de diálogo, con amor y con voluntad de crear una verdadera comunicación, la cual se establece cuando nos transmitimos unos a otros sinceramente el acervo de conocimientos que constituye la llave de nuestro ajuste a la realidad ^(2,3). La vida humana se forma a través de interrelaciones; y el vehículo de éstas es la palabra (el pensamiento articulado).

Debemos tener presente que la comunicación es la fuente donde se iluminan las cosas, hechos y fenómenos así como el medio por el cual el hombre es capaz de crear los ámbitos interaccionales que tejen su personalidad ⁽⁴⁾. Por el contrario, cuando el hombre se mueve a un nivel no creativo, se reduce a manipular la comunicación como instrumento, depauperándola en su poder expresivo ^(5,6).

Sin el poder del lenguaje, no podríamos expresar los momentos cruciales que son los que dan sentido a la vida humana ^(5,7). La comunicación no se reduce a la mera repetición mecánica de voces aprendidas de memoria; es el vehículo de ámbitos que conforman la vida y más aún durante la relación médico paciente. El pensamiento se da sólo en la comunicación con los demás o consigo mismo y está ligado al lenguaje que es su materialización comunicativa. Es preciso resaltar que la palabra como medio para comunicar un contenido



concreto, recibe su sentido del silencio de la reflexión ^(7,8). La palabra necesaria y el silencio se integran en la comunicación a través del lenguaje y no se contraponen, sino que se potencian. ⁽⁶⁾

La calidad de la atención médica tiene como tema central la comunicación humana de que hemos hablado ^(7,8,9,10,11). Si la comunicación en la Relación Médico Paciente (RMP) es deficiente, la posibilidad de conflictos es muy elevada ⁽¹²⁾, sobre todo cuando prima la medicina defensiva, caracterizada por la desconfianza entre médicos y pacientes. Por un lado, los médicos ejercen de forma muy cautelosa la profesión y para cubrir sus espaldas se abusa de la interconsulta y de las investigaciones diagnósticas, pensando que así están más protegidos de las demandas de los abogados; por su parte, el paciente busca aprovecharse de los errores del médico, para obtener recursos económicos, a veces a costa de poner en riesgo su propia salud. Luego, entre esta marea, se desplaza la comunicación médico paciente actual, que puede tornarse perversa, generadora de desconfianza y eleva los costos de atención ^(7,13).

Se ha demostrado, en distintos análisis de demandas por mala praxis que, en la mayoría de los casos, no responden a un mal desempeño técnico profesional sino a una falla en el proceso comunicacional durante la RMP no satisfecha. Por ejemplo, en muchos hospitales de los EUA, está comenzando a ser obligatorio que los médicos pasen por una serie de pruebas para determinar si tienen o no habilidades suficientes para comunicarse con el paciente, motivado por las demandas por parte de éstos, cuyo fundamento es el de no sentirse satisfecho con el trato recibido.

Como ya hemos dicho, todo esto es muy típico de la medicina privada y defensiva. En un sis-

tema donde priman los valores humanistas y la responsabilidad moral en el ejercicio de la medicina, basada en la igualdad de derechos sociales y libre de cualquier tipo de discriminación, se despliega una cultura de atención médica profundamente humanitaria y a toda prueba, tanto a nivel nacional como internacional. Cuba es un ejemplo en el mundo, del desarrollo del ejercicio de la medicina, con el carácter ético más puro y desinteresado que podría verse en las condiciones actuales de salud en que se mueve la humanidad ^(14,15,16).

DESARROLLO

Dentro de las bases del proceso de comunicación verbal, es importante resaltar los fenómenos psicológicos dentro de una RMP como son:

A- Las transferencias:

Reacciones emocionales del paciente hacia el médico (sentimientos negativos ó positivos).

B- La contra transferencia:

Reacciones emocionales del médico hacia el enfermo, así como los sentimientos muchas veces de frustración por no poder resolverle su problema de salud; conductas rudas con intención evidente de acortar el encuentro. Cuando el médico desconoce como manejar estas respuestas se afecta en gran medida su relación con sus pacientes.

C- La Empatía:

Habilidad del médico para recibir y descodificar la comunicación afectiva de sus pacientes; esto puede permitirle el entendimiento de los sentimientos de éstos.

D- El "rapport":

Incluye el estado de mutua confianza y respeto entre el médico y el paciente.

E- La resistencia:

Reacciones del paciente en contra de la relación con el médico.

Pensamos que el conocimiento de estos fenómenos psicológicos sea básico para que el médico pueda desarrollar una adecuada RMP, profesional,

como plantean Reyes- Ortiz ⁽¹⁷⁻²³⁾.

En las decepciones clínicas se presentan dilemas éticos que muchas veces tienen que ver con las medidas para un tratamiento de sostén de la vida en los pacientes crónicos y terminales. En estas situaciones es preferible comprometer al mismo paciente si es posible y a la familia ó sus representantes legales ^(22,24).

Los médicos encaran cada día dilemas éticos en la actividad profesional y a través de la comunicación se proyecta su sistema de valores que regula su comportamiento en la RMP.

El código de ética médica define los principios ético-morales que deben caracterizar al médico y se destaca la importancia de realizar una buena comunicación médico paciente ⁽¹⁴⁾. Sin embargo, existen dificultades en la RMP y en la comunicación afectiva que tanto influye en la satisfacción de la población, según plantean las Dras. Maritza Alonso y Oksana Krattchenko Beoto ^(14, 15,16).

El afecto del médico ayuda a sanar al paciente. El Dr. Francisco Maglio plantea "Ante la igualdad del conocimiento el mejor médico es el más amigo, ya que está comprobado que la falta de afecto enferma". Además, en cuanto a las implicaciones al nivel emocional de la RMP, plantea que "lo fundamental es que se logre la empatía, pero que ésta signifique comprender al otro a través del otro, poniéndose en su lugar; y está comprobado que los efectos son curativos".

Los médicos siempre deben ser profesionales, sin olvidarse que su relación con el paciente tiene que ser afectuosa. A veces los pacientes dificultan la comunicación en la RMP, olvidan las historias de sus enfermedades, no informan de todos sus síntomas, ocultan lo que no les conviene decir, no piden aclaraciones cuando no entienden parte de lo que les dicen y, lo más común, es que nunca manifiestan su desacuerdo con el plan de estudio ó tratamiento que se les proponen y simplemente no



lo siguen.

Hace más de dos milenios, Aristóteles escribió en su *Ética* a Nicómaco el siguiente párrafo: “De manera parecida a los enfermos que escuchan atentamente a sus médicos sin hacer nada de lo que se les ordena”.

Pablo Latape ⁽²⁵⁾ decía que “al encontrarse con el paciente, el médico ya no se pregunta quién es este hombre sino qué tiene este enfermo; interroga al paciente, no conversa con él. La educación médica no lo ha preparado para encontrar al hombre en su paciente”. En la RMP actual el médico dirige sus acciones al diagnóstico de la enfermedad, reduciendo la persona a simple cuerpo humano; se interroga al paciente buscando la enfermedad y sus causas ⁽²⁶⁻²⁸⁾; con igual propósito se palpa y se ausculta su cuerpo y se le piden estudios de laboratorio. Pocas veces aparecen médicos humanistas que agregan la capacidad de acercarse afectivamente al paciente, estableciendo con él una verdadera comunicación para comprenderlo y hacerse cargo de su problema. En consecuencia, la relación que establece el médico no es con el paciente como persona, sino con su cuerpo.

Martínez Cortés ⁽²⁶⁾ define la comunicación como una de las potencialidades de la persona: Es un salirme de mí para comprender al otro, para consentirlo, ayudarlo ó, por lo menos, acompañarlo.

Lo primero que debe hacer el médico es escuchar al paciente ^(16,27,28), lo que nos permite conocer a la persona. Al mismo tiempo, el enfermo que se encuentre a un médico que lo escucha con atención y afecto, tiende a una relación de confianza y cooperación, además de que el acto en sí ya es terapéutico. La comunicación verbal es el lazo de unión más importante en la RMP.

El Código de Deontología Médica de Francia dice ⁽²⁷⁾: “El médico debe formular sus prescripciones con toda la claridad indispensable, velar

porque el paciente y su entorno familiar las hayan comprendido y esforcezase en obtener su buena ejecución, informarlo con toda claridad necesaria e indispensable de las decisiones diagnósticas y terapéuticas”. También el Consenso Europeo de la OMS dice ⁽²⁸⁾: “los crecientes avances del ámbito sanitario en su conjunto, junto al hecho de que la práctica médica se haya hecho más peligrosa y en muchos casos más impersonal y poco preocupada por el aspecto humano, a menudo con implicaciones burocráticas, así como el progreso alcanzado en las ciencias médicas y sanitarias y la avanzada tecnología, han puesto un nuevo énfasis en la importancia de reconocer el derecho individual a la autodeterminación y con frecuencia a la necesidad de reafirmar que se garanticen otros derechos de los pacientes”.

Los enfermos tienen el derecho de ser informados ampliamente de su estado de salud, de la terapia médica propuesta con la indicación de los recursos potenciales y de los beneficios de cualquier tratamiento, así como de las alternativas posibles al tratamiento propuesto, indicando también cuáles pueden ser las consecuencias si falla el tratamiento.

La comunicación al paciente debe hacerse de manera apropiada, de forma que éste pueda comprender fácilmente evitando el uso de terminologías demasiado técnicas y poco comprensibles; sin embargo, en nuestro medio es demasiado frecuente escuchar la queja de nuestros colegas médicos de que la carga de trabajo o el número de pacientes a atender por consulta (que se les imponen) no permite encontrar el tiempo suficiente para establecer la comunicación adecuada con sus pacientes.

También debemos señalar que son varios los modelos del proceso de comunicación que se han propuesto a lo largo de la historia:

Está el modelo Wilbur Schanim que luego fue modificado por Schannon Weaber ^(29,30), quienes comenzaron a hablar del fenómeno de retroalimentación “feedback” en todo proceso comunicacional, para hablar del circuito de la comunicación, contando que se forma con lo que se llamó una comunicación iniciada y retribuida; posterior a esto aparece el modelo Charles Osgood ⁽³⁰⁾, en donde se afianzan los términos codificador y decodificador en el proceso de comunicación; porque los mensajes de los médicos deben ser interpretados para lo que el paciente necesita co-





dificar ó decodificar una información. Por eso se dice que cada cual interpreta el mensaje a su manera, de ahí la importancia de saber cómo, cuándo, a quién y en dónde se habla.

Más adelante se hicieron algunas variaciones al modelo comunicacional y surgió el propuesto por Riley y Riley, quienes introdujeron el concepto de grupo primario y abarcaron una estructura social más amplia, lo que el médico debe contemplar siempre, dado que el paciente no está solo ni aislado de la sociedad; y la manera como se interprete su mensaje también dependerá de quienes lo rodean y lo influyen ^(31,32).

Otros modelos comunicacionales subsiguientes, como el denominado sociológico ⁽³²⁾, ya consideraban la influencia del trabajo de la familia y del medio más cercano que tanto el emisor como el receptor tienen. Es decir, que comienzan a comunicarse todos los aspectos que pueden modificar la manera como un mensaje es percibido.

El paciente recibe en la RMP un mensaje que él interpreta o metaboliza e incorpora de una forma, pero después ese significado puede cambiar ante el comentario de un familiar, algo que ve u oye por los medios de comunicación o algo que busca en INTERNET. Esto también tiene relación con la transferencia y contratransferencia. El médico no debe olvidar sus propios sentimientos y la particularidades de cada paciente.

Todo estos son aspectos que modifican la manera de cómo será emitido y/o recibido un mensaje ^(31,32).

Pascuali ha expresado lo siguiente: "Si los medios masivos de comunicación no pueden "cualquierizar" la información tampoco debe hacerlo el médico" ^(31,32).

Después vino la comunicación de masas con sus defensores y detractores, entonces aparece el modelo planteado por Ratz y Lazarsfeld quienes entraron a considerar a los líderes de opinión de una comunidad "Esto también lo tiene que consi-

derar la medicina cuando se propone hablarle a una comunidad; que no se olvide de llegarle primero a los líderes de opinión, pues ellos influyen notablemente en el resto de la masa". Más adelante aparecen otros esquemas que también contemplan esos factores que influncian al receptor, como el modelo seleccionador de Gate Keeper, según el cual el receptor escoge lo que quiere atender dentro de una gran masa de mensajes con los que puede ser bombardeado. El paciente no es un receptor pasivo; él oye y selecciona ^(30, 31,32). Contando que ese receptor tenga buen criterio para hacerlo, esto está diciendo que más vale que se hable claro y sobre algo que sea de interés general; si no, la sociedad no seleccionará su mensaje y no lo escuchará". Poco tiempo después se comenzaron a mencionar los condicionantes en la producción de mensajes tales como factores individuales del emisor (sexo, edad, nivel educacional); es importante insistir que hay factores que rodean al médico y condicionan la forma como emite su mensaje. Lo importante es conocerlos y denominarlos para que no influyan de manera negativa en esa función social humanitaria que realizan y así lograr una comunicación perfecta con su entorno, ya sean los pacientes, los familiares ó la comunidad; en fin el médico debe de tratar de ser el médico, pero también el oyente, el consejero, el amigo ^(31,32).

Existen métodos encaminados a aumentar la probabilidad de recordar el material transmitido ⁽³²⁾:

- wDisminuir la dificultad de los mensajes transmitidos simplificando y acortando la frase.

- wPresentación de la información ordenada y agrupada en categorías.

- wFormulación de las instrucciones en términos concretos y específicos y no en expresiones abstractas y generales.

Cada vez es más reconocida la importancia de las señales no verbales para todo proceso de interacción o comunicación y para dar cuenta de las relaciones entre el médico y el paciente. Desde la antigüedad, la medicina en su historia, ha prestado atención a la observación a la hora de hacer un buen diagnóstico, subrayando la importancia de las señales no verbales, con frecuencia muy sutiles, que manifiesta el paciente; de forma tal que, en la práctica, los médicos se fían mucho de las señales en la interacción cara a cara.

Actualmente los procedimientos científicos han reemplazado, en gran parte, el arte de la práctica médica; la dinámica de la interacción interpersonal permanece en su mayor parte desasistida por la investigación sistemática.

La comunicación no verbal es particularmente importante cuanto mayor sea la tecnificación y sofisticación de los instrumentos al servicio del personal médico. También supone la captación de aquellas señales sutiles que complementan e ilustran aspectos de la interacción verbal y a menudo proporcionan mensajes y expresan sentimientos que no están sujetos al análisis directo consciente de quienes interactúan. Por ejemplo, las muecas de los pacientes, su sonrisa ó sus expresiones de

miedo, así como el contacto aliviador de una enfermera ó la expresión facial de disgusto, son todos ellos actos comunicativos que pueden ser incluso más importante que la propia expresión verbal.

Es importante la comunicación no verbal a dos niveles: por una parte la sensibilidad que tiene el propio paciente para captar señales no verbales emitidas por las personas que le rodean, incluyendo la de los profesionales de la salud y, por otra parte, la expresividad no verbal de los pacientes que tan útil suele ser para el médico ^(12,14,27,28).

La enfermedad crea en el paciente un estado de fuerte ansiedad que se ve acompañado de incertidumbre, llevándolo a buscar en el medio algo que le indique cuál es la situación real de su salud y le de una pista de cómo se debe sentir en esa situación. De esta manera, en el marco hospitalario, el paciente va a tratar de determinar cuál es la respuesta idónea a la situación, para lo cual buscará información acerca de su enfermedad a través de todos los indicios que le pueden suministrar las personas con las que interactúa. Y es que, en el ejercicio de la medicina o la enfermería, se plantean numerosas situaciones en que se oculta la información al paciente, pero eso no impide que éste preste atención a los indicios no verbales del engaño; y en función de esto, el paciente se hace unas expectativas acerca de la gravedad de su propia enfermedad, del interés que el médico tiene por él. Los enfermos son especialmente propensos a obtener información en la cual basar estas expectativas, a través de indicios no verbales. Los pacientes observan las acciones no verbales de quienes les atienden y deciden si son apreciados, respetados, si se espera que mejoren o si resultan repugnantes, desvalorizados e intratables, lo cual, obviamente, está muy relacionado con las llamadas expectativas que se cumplen a sí mismas o con el "efecto placebo".

Dado el gran número de emociones de diferentes clases que se suelen experimentar en una situación de enfermedad y que no son fáciles de sentir en el mismo grado en la vida cotidiana (miedo, dolor, ansiedad, inseguridad, incertidumbre, etc.), es habitual que el paciente experimente un aumento considerable en su capacidad de expresividad por vía no verbal. Es más, sabemos que las emociones se expresan generalmente por vía no verbal, máxime en el caso de las emociones asociadas a la enfermedad, ya que el paciente posee por lo general una falta de entrenamiento en cuanto al control u ocultamiento de estas emociones. La manifestación no verbal de tales emociones es más probable debido a las dificultades que los pacientes suelen tener para expresar verbalmente sus sentimientos relacionados con ciertos temas que le resultan embarazosos. Incluso, existen casos extremos en los que el sistema de expresión verbal del paciente se ve afectado por la enfermedad hasta quedar totalmente deteriorado, convirtiéndose entonces la comunicación no verbal, no sólo en la principal, sino en la única vía de comunicación entre el paciente y su entorno.

En Psicología se está poniendo de relieve la importancia que en sí misma posee la interacción directa, cara-a-cara, entre el médico y el paciente y lo centrales que son los aspectos de comunicación no verbal en tal interacción, existiendo ya una

serie de datos comprobados empíricamente entre los que destacamos los siguientes ^(12,14):

a) El contacto físico:

El contacto físico es la principal de las conductas no verbales en el ejercicio de la medicina. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el tocar, como ocurre con otras formas de conductas no verbales, puede resultar congruente o no con los mensajes verbales, de forma que, por ejemplo, el hecho de que un médico toque a un paciente a la vez que le asegura que no debe preocuparse por la operación quirúrgica a que se va a someter, puede o bien corroborar el mensaje tranquilizador o bien transmitir un estado de nerviosismo que contradiga el mensaje verbal, haciendo a éste ineficaz e incluso contraproducente.

b) La mirada:

Se trata de uno de los elementos de la comunicación no verbal que más información aporta, si se sabe interpretar adecuadamente, pues cumple una serie de funciones, entre ellas: la regulación del flujo de la comunicación, la obtención de un "feedback" acerca de cómo los demás reaccionan a una comunicación, expresión de las emociones, comunicación de la naturaleza de la relación (diferencia de status, etc.). Así, por ejemplo, con respecto a la última de las funciones mencionadas, que el profesional de la salud no mire al paciente a la cara forma parte de un proceso de despersonalización que suele utilizarse con frecuencia en ambientes hospitalarios. Por otra parte, las pautas de mirada a pacientes con defectos físicos notorios tienden a ser más rígidas que las que se dan en la interacción normal. Relacionado con ello, se ha comprobado que el mirar excesivamente y con insistencia a un paciente, sin causa alguna aparente, posee probablemente efectos negativos, al hacer que tal paciente se sienta a sí mismo como una persona rara, mala o gravemente enferma.

c) La expresión facial y gestual:

Una de las cuestiones que aquí más nos interesa es, sin duda, la expresión del dolor a través de gestos de la cara. Existe evidencia de que el control de la expresión facial de dolor puede servir para reducir a éste, debido al rol mediador que la expresión facial posee en la experiencia de las emociones.

d) La voz:

La importancia de la voz como instrumento de comunicación no verbal estriba en su capacidad para transmitir información acerca de los estados emocionales del que habla, con las implicaciones que ello tiene en el campo de la salud. Así, por ejemplo, hay una relación negativa entre la ira existente en la voz de un médico y su eficacia en el tratamiento de pacientes alcohólicos. Por otra parte, el tono de la voz y una serie de señales sutiles relacionadas con ella, son especialmente importantes cuando el que habla pretende, o bien engañar o bien ocultar información al paciente.

e) Olfato:

Aunque la comunicación a través de los olores es muy importante en el mundo animal, en los hombres parece ser relativamente poco importante. Sin embargo, en el campo médico puede ser una importante excepción. Algunas enfermedades y tratamientos pueden actuar directamente para producir en el paciente olores desagradables, mien-

tras que otros afectan al olor del paciente a través de acciones sobre la región gastrointestinal. De otro lado, también los profesionales de la salud pueden ser asociados con olores particulares. El uso de desinfectantes, tratamientos químicos, anestesia, alcohol, etc., así como olores adquiridos de otros pacientes, pueden transmitir mensajes olfativos al paciente. Y no cabe duda que muchos de estos olores, tanto de los pacientes como de los profesionales de la salud, susciten fuertes sentimientos negativos. Con frecuencia, suelen asociarse a los malos olores atributos personales negativos.

f) Señales no verbales del engaño y el ocultamiento:

Este tema posee un gran interés en el campo de la salud, no sólo por detectar los intentos de ocultamiento por parte de los pacientes, sino también en sentido inverso, puesto que un problema que necesita una atención inmediata es el relativo a que los pacientes detectan indicios de ocultamiento en el personal sanitario (médico, enfermera, etc.) y sus posibles efectos de cara al desarrollo de expectativas negativas.

En nuestra educación ético profesional, se reflejan la insuficiente prioridad que se le otorga a la comunicación en la RMP ^(17,19,20,21) y las más insuficientes todavía, estrategias para comunicar malas noticias. Debido a esto, se impone actualmente la necesidad de capacitar a nuestros profesionales de la salud y preparar a nuestros futuros estudiantes de medicina para incrementar el desarrollo de conocimientos en la competencia comunicativa ^(33,34) para poder lograr una medicina de excelencia en el futuro.

En estudios realizados en nuestro país, la Dra. Alonso ⁽¹⁴⁾ destaca las dificultades de la comunicación afectiva en la RMP como factor esencial sobre

todo el momento de dar malas noticias ⁽¹²⁾.

El Dr. Manglio plantea que en situaciones límites “si el paciente lo quiere hay que decirle la verdad pero de forma soportable y con esperanzas” y luego agrega que “muchos suicidios han estado inducidos por un diagnóstico dicho en forma brutal o sin una carga emocional por parte del profesional”.

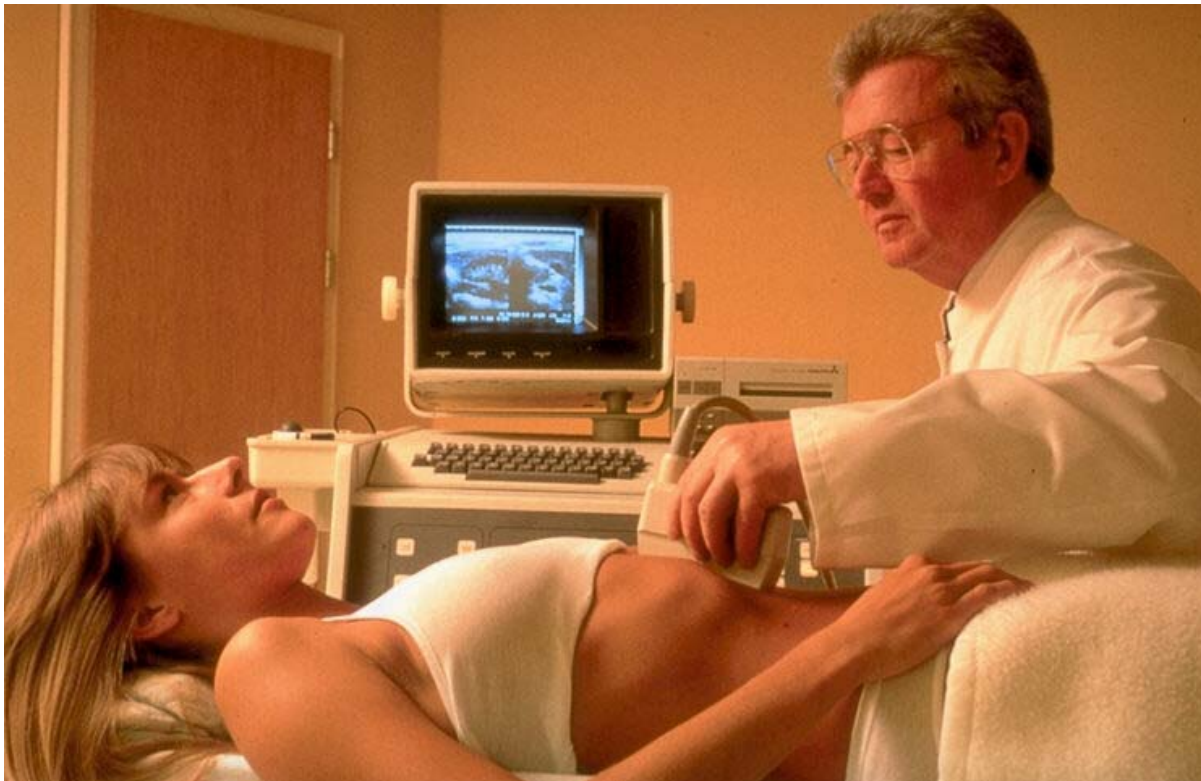
Hipócrates lo ponía de relieve en el siglo IV a.C. cuando subrayaba la importancia de la relación entre el médico y el paciente al afirmar “el enfermo, aunque consciente de que su estado es peligroso, puede recuperar su salud simplemente a través de su satisfacción con la bondad del médico”.

Los médicos deberían recibir un asesoramiento especial para exponer estas informaciones con tacto y de forma respetuosa; asimismo, los pacientes se beneficiarán con una información real, que les pueda servir para prepararse ante la muerte.

La situación en Cuba, en este sentido, es similar a Norteamérica y España; así, psicólogos y psiquiatras consideran que el médico no está bien preparado para dar malas noticias ni para acompañar a los enfermos que se encuentran en la fase terminal ^(33,34).

Es cierto que el paciente terminal tiene derecho a conocer todo lo concerniente a su enfermedad y su proceso de morir, pero también tiene derecho a rehusar conocerlo. Los médicos que deben comunicar las malas noticias deben aprender qué y cuánto quiere saber el paciente y en qué momento desea saberlo.

La autora piensa que lo primero es proporcionar la información necesaria para que un adulto promedio, en su sano juicio, se forme una idea adecuada de su enfermedad. Por tanto, el conocimiento no necesita ser total y técnico sino sustancial y





suficiente. La decisión de revelar o no toda la verdad a un paciente está supeditada, ante todo, a no hacer daño. Por eso la declaración de los derechos de los pacientes de la American Hospital Association de febrero de 1973 dice ⁽³⁰⁾: “El paciente tiene derecho a obtener de un médico toda la información disponible relacionada con su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, en términos razonablemente comprensibles para él. Cuando médicamente no sea aconsejable comunicar esos datos al paciente habrá que suministrarlos a una persona que lo represente” ⁽³⁶⁾.

Humanizar la comunicación en el acto médico es apremiante ante el advenimiento de los nuevos avances de la medicina y sus repercusiones en la RMP. El binomio médico-paciente es consustancial a la medicina y hay que compatibilizar los nuevos avances con una medicina humanizada en la que el paciente adquiere cada vez más protagonismo. Carlos Pracht, presidente de la Confederación Estatal de Pacientes de España, plantea la necesidad de establecer un código ético común de pacientes y médicos para superar la idea de que el paciente carece de capacidad de comprensión.

Las nuevas tecnologías comunicacionales ⁽³⁹⁾, se levantan con valor frente al costo de la ignorancia, por ejemplo la telemedicina ayuda a salvar barreras geográficas, personales, económicas, lingüísticas, administrativas, temporales, permiten el acceso remoto y de áreas aisladas, mejoran la comunicación con el paciente y facilita la asistencia médica en lugares especiales (por ejemplo, las prisiones).

Las nuevas tecnologías comunicacionales ayudan a mejorar la continuidad de todo el proceso médico (historia clínica, tarjeta electrónica) y el acceso

a INTERNET, que con el tiempo facilitará la presencia de pacientes mejor informados ⁽⁴⁰⁾.

No obstante el enorme avance tecnológico en las nuevas formas de comunicación, con sus magníficos beneficios, los médicos sienten recelos en mantener la comunicación médico-paciente por el correo electrónico e INTERNET; la autora piensa que la comunicación a través de estos medios pierde su calidez y, sobre todo, priva al médico del encuentro cara a cara con el paciente, el cual nos brinda el cortejo de informaciones extraverbales, que con frecuencia nos orienta definitivamente hacia el diagnóstico certero de una enfermedad.

CONCLUSIONES:

Dentro de los aspectos básicos de la comunicación verbal médico-paciente, está el conocimiento de los fenómenos psicológicos, con una comunicación apropiada, teniendo en cuenta los modelos sociológicos que pueden influir modificando el mensaje dado en la RMP. Además, es necesario ver al paciente como un receptor activo seleccionador de lo que quiere atender dentro de una gran masa de mensajes.

Se identificaron dos aspectos importantes en la comunicación no verbal: Por una parte la sensibilidad que tiene el propio paciente para captar señales no verbales emitidas por las personas que le rodean y, por otra parte, la expresividad no verbal de los pacientes, que tan útil suele ser para el médico. Estas comunicaciones no verbales se pueden captar a través de la voz, el contacto físico, la mirada, la expresión facial, los gestos y el olfato, entre otros.

Dentro de las estrategias para dar malas noticias se prefiere la forma compasiva y positiva, te-

niendo en cuenta que el paciente tiene derecho a obtener del médico toda la información relacionada con su salud y cuando médicamente no sea aconsejable informarle, se le suministrará a una persona que lo represente, siempre equilibrando el mensaje a dar entre los principios de autonomía y el de beneficencia y no maleficencia.

Las nuevas tecnología comunicacionales como el correo electrónico e INTERNET influyen positivamente salvando barreras geográficas, profesionales, lingüísticas, económicas, llevando el avance médico a los sitios más remotos, mejorando así la continuidad del proceso médico y facilitando la presencia de pacientes cada vez más informados, sin embargo, a pesar de todos estos beneficios, la mayoría de los médicos manifiestan recelo en establecer una comunicación médico-paciente por estos nuevos medios, por lo que en un futuro inmediato hay que compatibilizar las nuevas técnicas comunicacionales con el humanismo de una comunicación dentro de la RMP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupos de estudios sociales de la ciencia y la tecnología. Ciencia, cultura y desarrollo social. Tomo 2. Universidad de Camaguey. 1990.
2. López Quintás, Alfonso. El amor humano: Su sentido y su alcance.— Madrid: EDIBESA, 1991. — 256 p.
3. López Quintás, Alfonso. El conocimiento de los valores: introducción metodológica. 2ª ed. Navarra. Editorial Verbo Divino, 1992. — 140 p.
4. López Quintás, Alfonso. El encuentro y la plenitud de la vida espiritual. Madrid. Publicaciones claretianas, 1990. — 294 p.
5. López Quintás, Alfonso. Estética de la creatividad. Barcelona. Publicaciones Universitarias, 1987. — 464 p.
6. López Quintás, Alfonso. Estrategia del lenguaje y manipulación del hombre. 4ª ed. Madrid: Ed. Narcea, 1988. — 304 p.
7. López Quintás, Alfonso. Vértigo y éxtasis: Bases para una vida creativa. Madrid. Asociación para el Progreso de las Ciencias Humanas, 1987— 402 p.
8. Bunce, M. "Paradigmas y Revoluciones en la Ciencia y en la Técnica". Jorge Nuñez Jover. (Compilador). Selección de lecturas de problemas teóricos y metodologías del conocimiento. Ediciones Universidad de la Habana, 1985.
9. Anoreiev, L. La ciencia y el progreso social. Editora Progreso Moscú, 1979.
10. Klover, Gliner. Acerca de las relaciones entre la Historia y la teoría del desarrollo de la ciencia. En: Revista Cubana. de Ciencias Sociales. 1986. Número 10.
11. Fabelo JR. Práctica, conocimiento y valoración. Editorial de Ciencia Sociales. La Habana 1976.
12. Polaino-Lorente, Aquilino. Manual de Bioética General. 3ª ed. Madrid. Ediciones RIALP, 1997. — 490 p.
13. Partido Comunista de Cuba. Congreso I. La Habana, DOR 1976.
14. Principios de Ética Médica. Cuba. 1987.
15. Jalvo V et al. Comunicación Educativa. Universidad de La Habana. Cap VI, 1999: p. 100-49.

15. Borroto R, Aneiros R. La comunicación humana y la calidad de la atención médica. Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Centro Félix Varela; 1997. p. 112-23.

16. Reyes-Ortiz CA, Gheorghiu S, Mulligan T. The empathic physician-aged patient relationship. Gerontol Geriatr Educ. 1997; 17: 19-27.

17. Reyes-Ortiz CA. Patient centered-medicine. JAMA 1996; 275: 1156.

18. Reyes-Ortiz CA. Lessons learned in a geriatrics fellowship. Acad Med 1996; 71: 702-1516

19. Berezin MA. Psychodynamic considerations of aging and the aged: An overview. Am J Psychiatry 1972; 128: 1483-91.

20. Kvale JN, Dayringer R. The transference phenomenon in the care of the elderly. FAM Med 1987; 19: 141-43.

21. Jahnigen DW, Hannon C, Laxson L, LaForce FM. Iatrogenic disease in hospitalized elderly veterans. J Am Geriatr Soc 1982; 30: 387-90.

22. Greene MG, Adelman R, Charon R, Hoffman S. Ageism in the medical encounter: an exploratory study of the doctor-elderly patient relationship. Lang Commun 1986; 6: 113-24.

23. Goold SD, Arnold RM, Siminoff LA. Discussions about limiting treatment in a geriatric clinic. J Am Geriatr Soc 1993; 41: 277-81.

24. Latapí, P. Medicina ¿Crisis profesional o crisis humana? Gaceta Médica. México. 1979, pp. 115-153.

25. Martínez Cortés, F. Ciencia y humanismo al servicio del enfermo. Setra. México. 1998, pág. 36.

26. Code de déontologie médicale. Editions du Seuil. París. 1966, pp. 103-106.

27. Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa. Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa. Medicina y Ética. 1988; 2:281-297.

28. Pamela S, Stephen D. Reese. La mediatización del mensaje. Diana, México 1994.

29. Mattelart A, Mattelart M. "Historia de las teorías de la comunicación". 1ª Edición Paidós Comunicación 1997.

30. Pasquali A. "Comunicación y cultura de masas". Capítulo 5º: Economía política, Monte Ávila Editores. CA 3ª Ed.

31. Pasquali A. "Comunicación y cultura de masas". Monte Ávila Editores CA 3ª Ed.

32. Ojalvo V. Concepción de la enseñanza-aprendizaje y organización docente para la formación de valores en estudiantes universitarios. Diseño de Investigación. Universidad de La Habana. CEPES; 1997

33. Fernández AM. La competencia comunicativa como factor de eficiencia profesional del educador [Tesis doctoral]. La Habana. ISP "Enrique J. Varona", 1996.

34. Declaración de los derechos de los pacientes de la American Hospital Association. Febrero de 1973.

35. Vacarezza, Ricardo. "De los derechos del paciente". Rev. Med. Chile V. 128. N.12 Santiago. Dic 2000.

36. Council on Ethical and Judicial Affairs. AMA. Guidelines for the appropriate use of Do-Not-Resuscitate (DNR) orders. JAMA 1991, 265: 1868-71.

37. Brewin TB. Punto de vista. Tres formas de

- dar las malas noticias. Lancet 1991; 19: 232-34.
38. Jadad AR. Promoting partnership: changes for the internet age. BMJ 1999; 319:764-6
39. Mandl, KD IS. Kohane, and AM Brandt. Electronic Patient-Physician Communication: Problems and Promises. Annals of Internal Medicine September 15th 1998. 129:495-500.
40. Roderick Neame, Eike-Henner Kluge, Computerisation and health care: some worries behind the promises. BMJ 1999; 319:1295 (November 13th)