

La relación médico-paciente (RMP): más allá de la cortesía y de la amabilidad

Psic. Claudio Ibáñez S.
Director Ejecutivo Instituto Chileno de Inteligencia Emocional.
Consultor, Clínica Las Condes.

Resumen

En el mundo académico y en el ejercicio práctico de la medicina, predomina la creencia que para el desempeño profesional es suficiente el conocimiento biomédico y técnico. Sin embargo, existen suficientes evidencias que muestran que el desempeño médico se ve impactado por factores distintos a las competencias “duras” de la profesión. Uno de tales factores, y probablemente el más importante, es la relación médico-paciente (RMP) la que, para ser conducida con maestría, requiere de entrenamiento específico y sistemático. Junto con describir los factores que han aumentado la complejidad de la RMP y los impactos específicos que tiene, se reporta una experiencia de entrenamiento en el manejo de esta relación con médicos de Clínica Las Condes.

AUMENTO DE LA COMPLEJIDAD EN LA RMP

La RMP es la piedra angular de la práctica médica (1) y los cambios culturales, políticos, éticos, sociales, económicos y tecnológicos ocurridos en las últimas décadas, la han transformado en un fenómeno de alta complejidad y dificultad (2).

En primer lugar, los pacientes ya no son tan “pacientes”. De personas poco informadas y pasivas, han pasado rápidamente a disponer y a manejar un bagaje de información que era de exclusivo dominio de médicos. Se estima que 70 millones de norteamericanos usan anualmente internet para adquirir información relacionada con salud, poniendo en evidencia que las personas desean asumir un rol más activo respecto a sus decisiones (3, 4, 5). Hoy, el atributo más valorado por los pacientes en los médicos, además del conocimiento técnico, es la autonomía que les dejan para decidir (6). De una relación paternalista, vertical, descendente, centrada en el médico, se ha pasado a una más horizontal y centrada en el paciente. Un segundo factor de complejidad en la RMP es la creciente especialización, que dificulta a los profesionales una visión integral y sistémica de los pacientes, y a éstos les exige relacionarse con distintos especialistas que, muchas veces, mantienen una escasa coordinación entre sí. Un tercer elemento de complejidad es la creciente oferta de servicios médicos en la industria de la salud. En este contexto, para atraer y fidelizar pacientes el médi-

co requiere, además de su conocimiento y preparación técnica, de habilidades interpersonales que le permitan cambiar su foco desde los órganos y partes del cuerpo, a una RMP más centrada en la persona (7). El aumento de la oferta genera, además, competencia y presión por eficiencia restringiendo, por ejemplo, la cantidad de tiempo destinable a cada paciente. Finalmente, la judicialización de los conflictos en la práctica médica (8) no ha dejado indemne la RMP, haciendo que los profesionales experimenten temor y desconfianza dentro de una relación que, para funcionar con éxito, requiere de confianza, apertura y alianzas entre el médico y su paciente.

IMPACTOS DE LA RMP

La importancia cada vez mayor que viene adquiriendo la RMP en la literatura médica no descansa sólo en valores humanistas sino que, de manera muy importante, en los impactos que ejerce

sobre la precisión del diagnóstico, la adherencia al tratamiento, los resultados terapéuticos y sobre el manejo del riesgo médico legal.

Diagnóstico y tratamiento son inseparables (9). Si bien el primero no se agota en la RMP, no es menos cierto que las hipótesis que el médico construye durante ella condicionan de manera importante los cursos de acción ulteriores. El juicio clínico está expuesto a una serie de limitaciones y errores (10, 11) los que pueden verse amplificados por una RMP deficiente (12). Por otra parte, la mejoría del paciente depende de su adherencia al tratamiento y ésta, a su vez, de la calidad de la RMP (13, 14, 15, 16, 17). Tomar conciencia que en medicina los buenos resultados no descansan sólo en el conocimiento y las destrezas bio-médicas (18) es crucial para comenzar a mirar la RMP como una herramienta clave en el arsenal médico.

La RMP también juega un rol muy importante en el origen y curso de los con-

flictos médico-paciente y en el manejo de errores médicos. La firma de formularios de consentimiento informado y la contratación de seguros, prácticas convenientes y necesarias, no previenen los litigios entre el médico y el paciente. Las investigaciones muestran que la variable clave en la prevención de demandas por mala práctica es la satisfacción del paciente (19, 20). Para disminuir la actitud litigante de los pacientes y las probabilidades de demanda por parte de éstos resultan más importantes la calidad de la relación y de la comunicación que su contenido biomédico y que la calidad del tratamiento (21, 22).

ANATOMÍA DE LA RMP

La RMP de calidad consiste en algo más que cortesía y amabilidad. Para iniciarla, conducirla y concluirla con éxito el médico debe poner en juego un conjunto de habilidades de auto-manejo y de interacción (Figura 1). Estas habilidades no

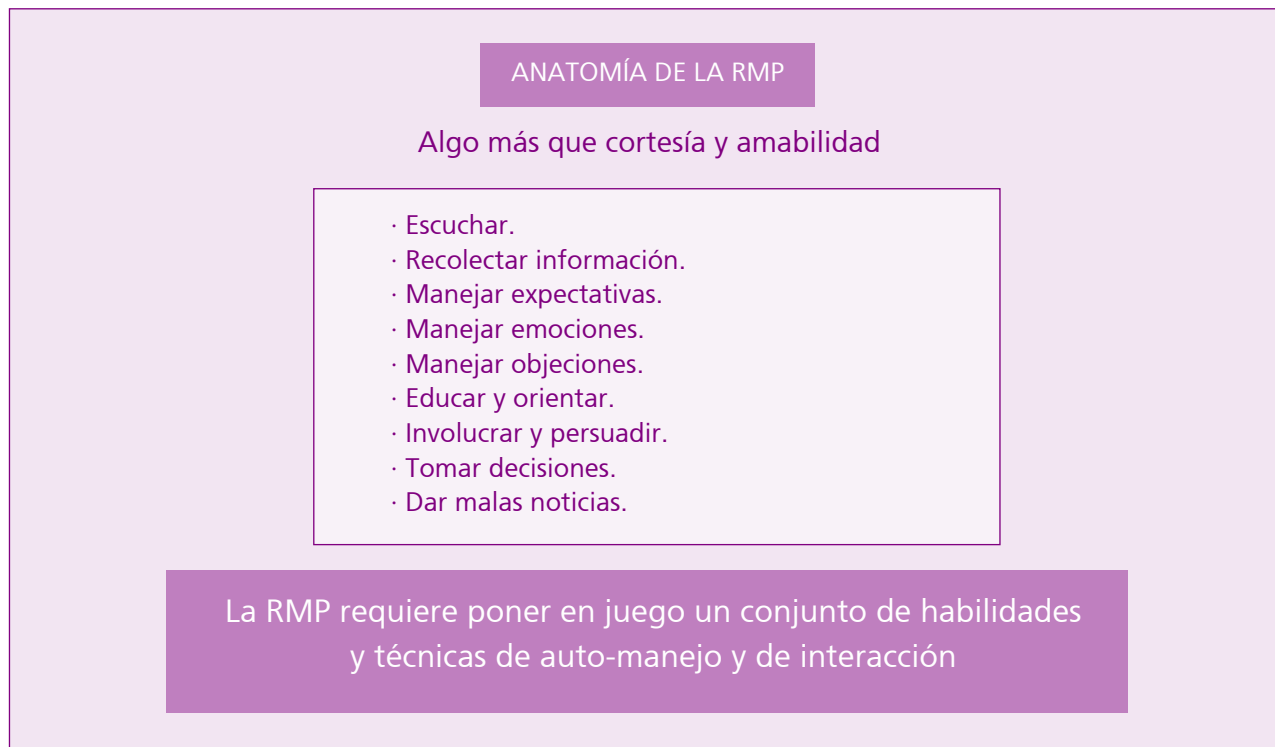


Figura 1: Anatomía de la RMP.

Tabla 1: Participantes por especialidad.

ESPECIALIDAD	Nº MÉDICOS
Anestesiología	2
Bioquímico	1
Broncopulmonar	3
Cardiología	1
Cirugía	12
Dermatología	1
Endocrinología	1
Epidemiología	1
Fisiatría	1
Gastroenterología	2
Geriatría	1
Gineco-obstetricia	4
Infectología	1
Medicina Interna	6
Nefrología	2
Neurología	2
Nutriología	3
Oftalmología	2
Otorrinolaringología	2
Pediatría	11
Psiquiatría	2
Traumatología	6
Urología	1
TOTAL PARTICIPANTES	68

se adquieren ni mejoran como producto de la mera práctica, sino como resultado de un entrenamiento permanente y sistemático (23). Ya que el currículum médico proporciona escasa educación y entrenamiento en estas competencias (24), se hace cada vez más necesario que las instituciones donde los médicos se desempeñan incorporen la RMP a sus programas de educación y de formación continua.

LA EXPERIENCIA DE CLÍNICA LAS CONDES

En abril de 2003, Clínica Las Condes

puso a disposición de su cuerpo médico un programa de entrenamiento denominado Inteligencia Emocional en la Consulta Médica, cuyo objetivo fue proporcionar herramientas, habilidades y técnicas para optimizar la RMP. El curso consistió en un entrenamiento conceptual y práctico en habilidades de auto-manejo emocional, de comunicación, de manejo de objeciones y de feedback interpersonal. Se utilizó una metodología de taller destinada a un aprendizaje "learning by doing", vivencial y entretenido. El curso tuvo una duración de 16 horas y se aplicó en dos días intensivos de entrenamiento. Entre

abril de 2003 y agosto 2004 se impartieron ocho cursos en los que participaron 68 médicos, siendo 8,5 el promedio de participantes por aplicación. En la Tabla 1 se muestran las especialidades de los participantes.

El programa fue evaluado a través de la reacción de los participantes frente al curso y mediante una evaluación de seguimiento.

La evaluación de reacción de los participantes a los distintos componentes del curso (contenidos, secuencia, recursos metodológicos, dinámica, etc.) se hizo a través de un cuestionario anónimo, tipo Likert, aplicado al término de cada

Tabla 2: Evaluación de Reacción.

ASPECTO EVALUADO	EVALUACIÓN
Contenido del curso	4,6
Secuencia de los contenidos	4,6
Apoyos visuales	4,4
Ejercicios	4,6
Lugar	4,7
Dinámica	4,7
Claridad	4,8
Recomendaría el curso	4,8
EVALUACIÓN GENERAL (*) Escala de 1 (Deficiente) a 5 (Excelente)	4,8

Tabla 3: Tiempo transcurrido entre curso y el seguimiento.

CURSO	TIEMPO ENTRE CURSO Y SEGUIMIENTO
1°	13
2°	9
3°	7
4°	6
5°	2

curso. El resultado promedio de cada aspecto evaluado en los ocho cursos se muestra en la Tabla 2.

El seguimiento se hizo durante mayo-Junio del 2004 mediante un cuestionario anónimo que se envió a los 46 participantes de los cinco primeros cursos. El cuestionario preguntaba por los conceptos más recordados del curso, el impacto que éste había ejercido en la RMP, las herramientas del curso que estaban siendo más utilizadas y la mejoría estimada en la RMP producto del curso. El tiempo transcurrido entre cada curso y el seguimiento se muestra en la Tabla 3. Retornaron 13 cuestionarios

respondidos, lo que representa una tasa de respuesta de 33%, que está dentro de lo que se reporta para este tipo de evaluaciones (25).

Los resultados de la evaluación de seguimiento fueron los siguientes:

• **Conceptos más recordados después de participar en el curso:**

- Las habilidades de comunicación y su impacto en la RMP.
- Manejo de objeciones y de situaciones difíciles en la RMP.
- Manejo de las propias emociones en la RMP.

• **Impacto que ha ejercido el curso en la RMP:**

- Impacto Alto: 6 médicos.
- Impacto Medio: 7 médicos.
- Impacto Bajo: 2 médicos.
- Mejora promedio estimada en la RMP: 40%

Las razones dadas para fundamentar la respuesta se muestran en la Tabla 4.

CONCLUSIÓN

La RMP ejerce un alto impacto en el desempeño de los médicos. Por distintas razones la RMP se viene haciendo cada vez más compleja y difícil de manejar

Tabla 4: El impacto y sus fundamentos.

IMPACTO ALTO (6 médicos)	IMPACTO MEDIO (7 médicos)	IMPACTO BAJO (2 médicos)
<ul style="list-style-type: none"> • Me ha facilitado el manejo de situaciones complicadas o conflictivas. • Me ha dado mayor seguridad para actuar en la RMP. • Me dio herramientas para manejar mejor la comunicación médico-paciente. • Desde el curso hago esfuerzos concientes para mejorar la RMP. 	<ul style="list-style-type: none"> • No es fácil poner en práctica lo aprendido. • Me ha puesto más alerta frente a factores que antes no consideraba en la RMP. • Comprendo mejor el estado de ánimo de los pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los conceptos expuestos ya los usaba en la RMP.

adecuadamente. La formación de los médicos provee escasas herramientas, habilidades y estrategias para hacerlo. Esto representa limitaciones y riesgos en la práctica médica para los médicos, los pacientes y las instituciones de salud. El entrenamiento específico mejora la RMP. Se hacen cada vez más necesarios programas que proporcionen herramientas para asegurar calidad en la RMP y que los médicos presten cada vez más atención a su perfeccionamiento en el uso de esta herramienta profesional.

BIBLIOGRAFÍA

1> Spence J. The need for understanding

the individual as part of the training and function of doctors and nurses. In: The Purpose and Practice of Medicine. National Association for Mental Health, ed. Oxford: Oxford University Press, 1960: 271-280.

2> Rees Alan M. Communication in the physician-patient relationship. Bull Med Libr Assoc 81 (1) January 1993.

3> Lenz, ER. Information seeking: a component of clients decisions and health behavior. Adv. In Nurs Sci 1984 Apr; 6(3):59:72.

4> Hollander S and Lanier D. The physi-

cian-patient relationship in an electronic environment: a regional snapshot. Bull Med Libr Assoc 89(4) Oct 2001.

5> Anderson JG, Rainey MR, Eysenbach G. The impact of CyberHealthcare on the physician-patient relationship. J Med Syst. 2003 feb; 27(1):67-84.

6> Schattner A, Rudin D, Jellin N. Good Physicians from the perspective of their patients. BMC Health Services Research 2004, 4:26.

7> Palma R. ¿El regreso del holismo? Revista Médica Clínica Las Condes vol. 15 N°3, 2004.

- 8> Durán V. Alza de 120% en demandas contra los médicos. El Mercurio, Dgo. 11 de Mayo, 2003.
- 9> Rees A. Communication in the physician-patient relationship. Bull Med Libr Assoc 81 (1) January 1993.
- 10> Redelmeier D, Ferris L, et al. Problems for clinical judgment: introducing cognitive psychology as one more basic science. CMAJ Feb 6, 2001; 164 (3).
- 11> Croskerry P. The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. Academic Medicine, Vol 78, N°8 Aug. 2003.
- 12> Hahn S, Thompson K, Wills T, et al. The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. J Clin Epidemiol 1994;47:647-657.
- 13> Rotter, DL. Patient participation in the patient-provider interaction: the effect of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance. Health Educ Monogr 1977 winter; 5 (4):288.
- 14> Little P, Everitt H et al. Observational study on effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. BMJ 2001, 323:908-11.
- 15> Lev P. Communication with patients: improving satisfaction and compliance. London: Croom Helm, 1988.
- 16> Starfield B, Syemwatch D, Morris I, Bause G, Siebert S, Westing C. Patient doctor agreement about problems needing follow-up visits. JAMA 1979; 242:344-6.
- 17> Faden RR, Becker C et al. Disclosure of information to patients in medical care. Med care 1981; 19:718-33.
- 18> Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, et al. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. Lancet 2001; 357:757-62.
- 19> Levinson W. Physician-patient communication: a key to mal practice prevention. JAMA, 1994; 273:1619-1620.
- 20> Vincent C, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. Lancet 1994; 343:1609-13.
- 21> Entman SS, Glass CA et al. The relationship between malpractice claims history and subsequent obstetric care. JAMA, 1994; 272:1588-1591.
- 22> Levinson W, Roter D, et al. Physician-Patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. JAMA, Feb 19, 1997 vol. 277, N°7.
- 23> Simpson M, Buckman R, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. BMJ vol.303 Nov. 1991.
- 24> Lama A. La relación médico paciente y las escuelas de medicina. Rev Méd Chile 1998; 126:1405-6.
- 25> Hulsman RL, Ros W and Bensing JM. Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies. Medical Education Vol. 33 (9) Sept. 1999.