

Modelos de Comunicación Clínica

Roger Ruiz Moral
Unidad de Medicina de Familia de Córdoba
Facultad de Medicina de Córdoba
roger.ruiz.sspa@juntadeandalucia.es

En los últimos años se han propuesto diferentes tipos de modelos. *Grosso modo*, se pueden delimitar dos perspectivas. Por una parte aquellos modelos que se centran más en el proceso de la entrevista, es decir en el estilo que utiliza el profesional para potenciar la capacidad resolutoria del paciente (entre estos se encuentran, p.e. el análisis de intervención en categorías de John Heron, el análisis transaccional de Eric Berne, el enfoque “counselling” o, el enfoque que realizó Michel Balint aprovechando y adaptando algunos conceptos derivados del psicoanálisis). Por otra parte están los modelos que enfatizan el contenido del encuentro, es decir los objetivos o tareas que hay que conseguir en una entrevista. La tabla muestra los más relevantes.

Tabla: Algunos de los modelos por tareas propuestos para la relación clínica

Modelo	Tareas que propone el modelo
“La aproximación de las tres funciones” de Steven Cohen Cole [Cohen-Cole, 1991]	<ol style="list-style-type: none">1. Obtener información para comprender los problemas del paciente2. Desarrollar la relación y responder a las emociones del paciente3. Educar al paciente y motivarlo
“Los cinco puntos de control en ruta” de Roger Neighbour [Neighbour, 1998]	<ol style="list-style-type: none">1. Conectar2. Resumir3. Transmitir4. Red de seguridad5. Mantenimiento
“La guía de observación Calgary-Cambridge” de Silverman, Kurtz y Draper [Silverman, 1998]	<ol style="list-style-type: none">1. Iniciar la sesión2. Obtener información3. Construir relación4. Explicar y planificar5. Cerrar la sesión
“El método clínico centrado en el paciente” de Western Ontario [Stewart, 2000]	<ol style="list-style-type: none">1. Exploración de la enfermedad y la dolencia2. Comprensión de la persona3. Buscar puntos comunes respecto al plan4. Incorporar la prevención y la promoción de la salud5. Incrementar la relación médico-paciente6. Ser realista
“EL Consenso de Kalamazoo” [Med	<ol style="list-style-type: none">1. Abrir la discusión

Education, 2001]	<ol style="list-style-type: none"> 2. Obtener información 3. Entender la perspectiva del paciente 4. Compartir información 5. Alcanzar acuerdos sobre los problemas y los planes 6. Cerrar
“El modelo de tareas para la consulta” de David Pendleton et al [Pendleton, 2003]	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprender las razones por las que el paciente acude a la consulta 2. Considerar la perspectiva del paciente para llegar a una comprensión compartida 3. Capacitar al paciente para que elija una acción apropiada para cada problema 4. Capacitar al paciente para manejar el problema 5. Considerar otros problemas 6. Usar el tiempo apropiadamente 7. Establecer o mantener una relación con el paciente que facilite la consecución de las otras tareas
“El modelo CICAA” [Ruiz Moral, 2004]	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conectar 2. Identificar y Comprender los problemas 3. Acordar 4. Ayudar

Como puede comprobar todos estos modelos enfatizan la importancia de la comprensión no solo de la enfermedad del paciente sino de sus creencias, ideas, temores y expectativas para conseguir la mejor propuesta terapéutica en cada persona.

“Deberías saber más sobre tu paciente como persona al final de la consulta que al comienzo”

Nosotros vamos a proponerle que trabaje con el modelo CICAA, que ha sido desarrollado en nuestro ámbito cultural y que comparte con los más relevantes modelos anglosajones una comprensión similar de los términos más relevantes, pero si utiliza o está familiarizado ya con algún otro probablemente le sea igual de útil.

El modelo CICAA de Comunicación Clínica.

Este modelo puede ser utilizado igualmente en labores no solo asistenciales sino docentes, ya que los paralelismos entre la docencia y la práctica de la medicina son muchos. Las tareas comunicativas básicas para desplegar en una consulta (y por ende con un aprendiz) son:

- **Conectar** con el paciente/familia
- **Identificar y Comprender los problemas** de salud del paciente/familia
- **Acordar** con el paciente/familia sobre el/los problema/s, las decisiones y las acciones
- **Ayudar** al paciente/familia a entender, elegir y actuar

Para desarrollar estas tareas es necesario desarrollar una serie de **"habilidades estratégicas"**. Pero, ¿qué es una habilidad? *Una habilidad es una secuencia de acciones intencionadas que se puede repetir voluntariamente.* No es por tanto una acción o un movimiento simple sino una cadena de acciones que conducen hacia un objetivo. Por ejemplo: la escucha activa es una habilidad comunicacional que se alcanza poniendo en juego una cadena de acciones o conductas comunicativas (lo que hemos llamado "elementos o técnicas") que es preciso integrar, como son: mantener una baja reactividad, facilitar el discurso del paciente, mantener un contacto visual-facial adecuado, etc. La empatía puede ser incluso aún más bien delimitada mediante tres acciones: escuchar lo que dice la otra persona, hacer un esfuerzo mental para darnos cuenta de lo que representa esa experiencia y entonces decirle algo que le transmita con claridad nuestra comprensión de su experiencia. El modelo CICAA define 10 habilidades estratégicas.

- | | | | |
|--------------|----------------------------|--------------|-----------|
| 1. Recibir | 2. Escuchar | 3. Empatizar | 4. Cerrar |
| 5. Preguntar | 6. Integrar la información | 7. Comprobar | |
| 8. Negociar | 9. Informar | 10. Motivar | |

Finalmente, **"Los elementos comunicativos básicos o técnicas comunicativas"** son, como aclarábamos antes, las conductas comunicativas más simples que

conforman muchas de las habilidades estratégicas (sonreír, asentir, no interrumpir,...).

“Frecuentemente las mismas palabras tienen diferentes significados para diferentes personas”

En nuestra experiencia como docentes en comunicación hemos comprobado que este modelo comunicativo es válido para ser aplicado en cualquier ámbito clínico, por lo tanto, sea usted ginecólogo, pediatra o nefrólogo puede serle de utilidad cuando enseñe a sus alumnos o residentes como comunicar con sus pacientes. Existen sin embargo situaciones clínicas que requieren el uso de habilidades específicas, como son los casos de “dar malas noticias”, tratar con un paciente “enfadado”, “somatizador” o “con una conducta adictiva”. Sin embargo las habilidades estratégicas que le hemos descrito son igualmente útiles para afrontar estas situaciones y casi todas las habilidades específicas pueden agruparse en las tareas básicas que componen este modelo.

Referencias

Más información sobre los diferentes modelos la puede conseguir en:

1. Cohen-Cole S. The medical interview: the three-function approach. St Louis (MO): Mosby; 1991.
2. Neighbour R. La consulta interior. Como desarrollar un estilo de consulta eficaz e intuitivo. Esplugues de Llobregat (Barcelona): J&C S.L.; 1998.
3. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. Abingdon, Oxon, UK: Radcliffe Medical Press; 1998.
4. Pendleton D, Schoefield T, Tate P, Havelock P. The new consultation. Developing doctor-patient communication. Oxford (UK): Oxford University Press; 2003.
5. Stewart M, Belle Brown J, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995.
6. Participants in the Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient in Medical Education. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. Acad Med 2001;76:390-393.
7. Ruiz Moral R. Relación Clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. Barcelona: semFYC ediciones, 2004