editorial

De la Consulta a la Conversación en el Cuidado: desvelando el poder de la conversación como herramienta terapéutica para un mundo post-COVID

Lekshmy Parameswaran, László Herczeg & Airí Dordas Perpinyà
The Care Lab

OPEN ACCESS

Cita: Parameswaran L, Herczeg L & Dordas A, (2020) From Consulta-tion to Care Conversation: Unlocking the power of conversation as a therapeutic tool for a post-COVID world. XPA & Health Com. 3

Editor: Joan Escarrabill, Hospital Clínic, Barcelona, España.

Recibido: 22 de Mayo de 2020

Aceptado: 15 de Julio de 2020

Publicado: 21 de Septiembre de 2020

Copyright: © 2020 Parameswaran L, Herczeg L & Dordas A. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Creative Commons Attribution License, que permite el uso, la distribución y la reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se acredite el autor original y la fuente.

Financiación: El manuscrito no ha recibido financiación.

Intereses: Los autores han declarado que no exsisten intereses.

Agradecimientos: Gracias a Christian Dürsteler, Head of the Pain Unit in Hospital Clínic de Barcelona y Jordi Piera, Chief of the Digital Health Strategy Office at the Catalan Health Service.

Las conversaciones se encuentran en el corazón de cualquier relación médico*-paciente. Una señora que intenta transmitir a su médico de cabecera cuál es la causa de su fatiga extrema, una cirujana que recibe a un paciente en la sala de pre-operatorio, un enfermero que proporciona la receta mensual a un señor mayor con diabetes o una oncóloga que escucha la lucha diaria de una joven familia que se enfrenta a la leucemia. Todas ellas son interacciones íntimas rodeadas de emociones y de complejidad. Una relación de confianza dinámica y bidireccional, que depende de la capacidad de relacionarse con el otro, y que está fuertemente vinculada a los resultados clínicos, la satisfacción y la experiencia de los pacientes [1-3].

Desde el año 2017, junto al equipo de la Unidad del Dolor del Hospital Clínic de Barcelona, hemos estado explorando el poder de la conversación como herramienta terapéutica en la gestión del dolor, y revelando varias perspectivas fundamentales que abogan por un nuevo modelo de cuidado. El dolor crónico afecta a la vida diaria tanto de los pacientes como de sus cuidadores familiares. No se trata exclusivamente de una experiencia sensorial, sino más bien de un estado subjetivo, que siempre viene de la mano de una historia personal cargada de emociones. Y las emociones sólo pueden mostrarse y acompañarse a través de una conversación en confianza, segura y sensible.

Sin embargo, la conversación entre médico y paciente suele verse comprometida, por falta de un vocabulario común con el que describir el dolor, o debido a la ausencia de un objetivo común: el paciente valora compartir su historia, mientras que al médico se le ha formado para escuchar los hechos con los que poder diagnosticar y planificar el tratamiento. Los pacientes de dolor crónico, en particular, necesitan una aproximación multimodal que incluya apoyo

* En este artículo emplearemos el masculino como género no marcado.

psicológico y fisioterapia, junto con el tratamiento farmacológico[4]. Igual que con otras enfermedades crónicas, el estilo de vida y el entorno desempeñan un papel importante en la experiencia del dolor. Por consiguiente, un modelo de cuidados efectivo debe implicar una continuidad más allá de las paredes de la consulta, y adentrarse en el contexto de la vida diaria del paciente y de su comunidad cercana. De esta forma, la conversación se transforma de modo natural, pasando de una posición paternalista a una de empoderamiento, en la que el equipo asistencial y el paciente trabajan conjuntamente para gestionar mejor su dolor crónico. (Imagen 1).

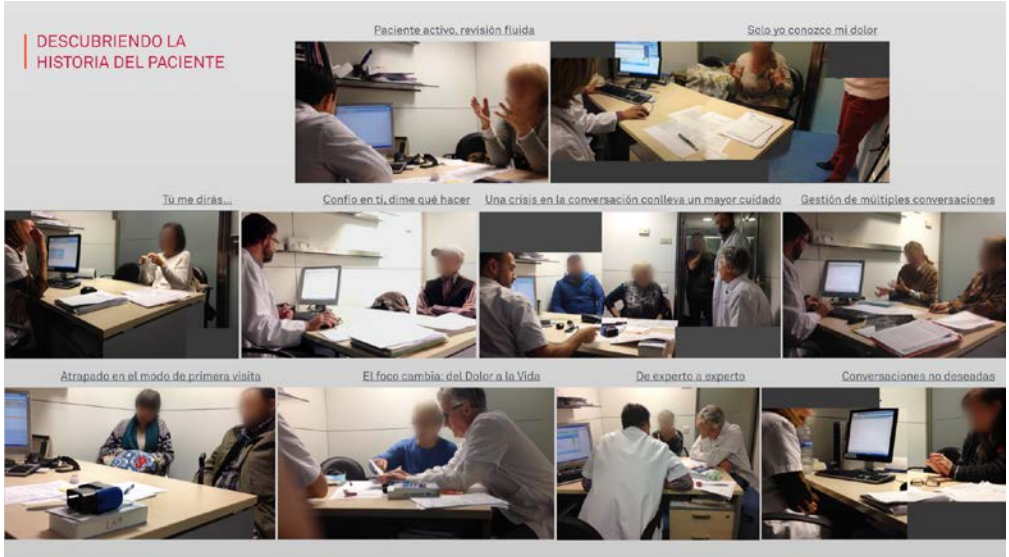

Imagen 1. Investigación sobre la conversación en la Unidad del Dolor. Investigación etnográfica en la Unidad del Dolor del Hospital Clínic de Barcelona para observar las interacciones médico-paciente-cuidador durante la consulta (2017).

Estas premisas básicas son el motor del proyecto que estamos impulsando colaborativamente con la Unidad del Dolor para rediseñar el espacio y la experiencia del servicio, y para introducir un nuevo modelo de cuidado que se estructure alrededor de las conversaciones como herramienta terapéutica. En el presente artículo, queremos explorar cómo dar un paso más en la aplicación de esta idea, y reflexionar sobre la manera en que la COVID-19 ha sentado las bases para replantear cualquier consulta en el ámbito sanitario como una conversación alrededor del cuidado.

Ingredientes para una buena conversación alrededor del cuidado

Mantener un diálogo coherente y en confianza no siempre es una experiencia fácil y directa en la vida en general, pero suele ser especialmente difícil cuando hay que tratar con la clase de asuntos complejos que surgen en los encuentros relacionados con la salud. Toda interacción médico-paciente está envuelta en emociones. Uno de los componentes principales que influencian la conversación por ambas partes es el miedo: un sentimiento subconsciente que procede de la ansiedad de interaccionar –*¿sabré expresar lo que necesito decir?*–, la inseguridad al afirmar –*¿tengo derecho a decir eso?*– y las dudas existenciales acerca de la propia identidad –*¿me considerarán un enfermo siempre?*; si

me equivoco, *¿mi identidad profesional se verá amenazada?* [5]

Mantener una buena conversación que supere y logre vencer estos miedos y bloqueos internos requiere un conjunto de habilidades generales como estar presente, estar abierto a la escucha, a comprender y a aprender algo nuevo del otro, utilizar preguntas abiertas, ser humilde y capaz de decir "no lo sé" o no ser condescendiente o aburrido [6]. Sin embargo, en un entorno sanitario, también se requieren una serie de estrategias específicas para lograr una consulta efectiva. Por ejemplo, intentar adaptar el lenguaje verbal y no verbal utilizado al comportamiento del paciente en concreto, usar un lenguaje claro para asegurarse de que comprende y participa, darle la oportunidad de expresar sus preocupaciones y su punto de vista, crear un espacio seguro donde expresar las emociones y compartir el control de la conversación de igual a igual [1]. De modo similar, existen algunas estructuras –como por ejemplo el modelo REDE creado por la Cleveland Clinic – que están demostrando ser "anatomías conversacionales" efectivas con las que promover relaciones significativas en el ámbito de los cuidados y la salud [7].

Sin embargo, los entornos sanitarios no siempre están diseñados con las cualidades espaciales y de experiencia necesarias para acoger una conversación positiva, que satisfaga las necesidades de médicos y pacientes. El tradicional diseño del espacio en los hospitales suele ser frío y funcional, estructurado alrededor de las tareas y procesos médicos en lugar de la experiencia. El contexto se ve y se percibe como atareado, con lo que los pacientes reciben la impresión de que no disponen del lujo del tiempo para involucrarse realmente en la conversación [8] o para abrirse y expresar sus emociones más profundas de la forma en que lo harían si estuvieran sentados en un sofá, con una luz cálida y un café enfrente.

Por otro lado, existen otros elementos sistémicos que influencian dichas interacciones en el ámbito de la salud y el cuidado. La clásica asimetría de poder entre médicos y pacientes perpetúa una aproximación paternalista a la conversación, o bien la falta de transparencia durante el propio proceso de consulta hace que el paciente se sienta patoso e impotente durante sus conversaciones. Además, el hecho de que este intercambio pueda tener lugar de forma fragmentada y desconectada a lo largo de múltiples puntos de contacto, con varios interlocutores (incluyendo la asistencia primaria y la asistencia social) y en distintos momentos, provoca consecuencias emocionales negativas, lagunas en la perspectiva clínica y una reducción de la participación del paciente y de su satisfacción. Asimismo, la ausencia de formación en habilidades conversacionales o de procesos específicos de gestión o evaluación sobre la consulta deja a los profesionales sin margen de maniobra para mejorar la calidad de las relaciones que pueden construir con sus pacientes y los cuidadores de éstos[5].

Por lo tanto, podemos afirmar que las conversaciones alrededor del cuidado se ven fuertemente influenciadas por el nivel de conocimiento, las habilidades y las estrategias de sus participantes, pero también por las diferentes capas y características del contexto en el que tienen lugar.

En estos momentos, no podemos obviar que la pandemia de COVID-19 ha sacudido los cimientos de la mayoría de interacciones en el mundo de la salud, lo que ha significado un auge y reactivación de algunas herramientas de telemedicina infrautilizadas que ya existían previamente. Según afirma The Medical

Futurist, a lo largo de los últimos tres meses el uso de la telemedicina se ha triplicado en los EE.UU. En Catalunya, las teleconsultas de atención primaria han aumentado más de un 460% [9] y en la Unidad del Dolor del Hospital Clínic de Barcelona el 90% de las consultas han sido virtuales desde que se aplicó el confinamiento el 15 de marzo de 2020. (Imagen 2)

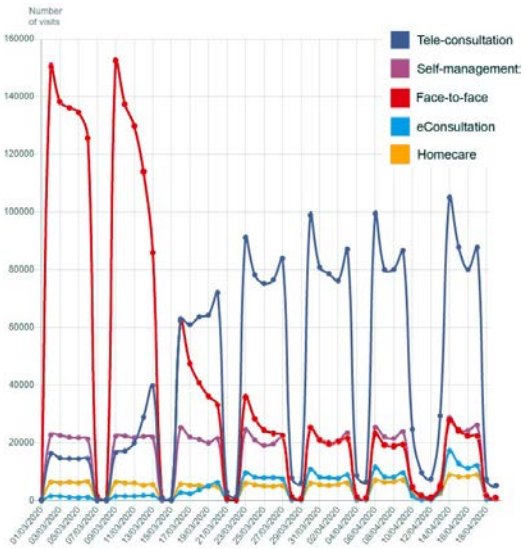

Imagen 2. Datos sobre la evolución de la teleasistencia sanitaria en Catalunya. Visitas de atención primaria en comparación con otros métodos de provisión de cuidados en Catalunya durante la COVID-19, a lo largo del periodo entre el 01 de marzo de 2020 y el 19 de abril de 2020. ©Pol Pérez Sust, Oscar Solans, Joan Carles Fajardo, Manuel Medina Peralta, Pepi Rodenas, Jordi Gabaldà, Luis Garcia Eroles, Adrià Comella, César Velasco Muñoz, Josuè Sallent Ribes, Rosa Roma Monfa, Jordi Piera-Jimenez. Publicado originalmente en JMIR Public Health and Surveillance (http://publichealth.jmir.org), 04.05.2020.

Conversaciones alrededor del cuidado en tiempos de la COVID-19

A la luz del momento de crisis actual, decidimos entrevistar al Dr. Dürsteler, Jefe de la Unidad del Dolor del Hospital Clínic de Barcelona, y a Jordi Piera, Director de la Oficina de Estrategia de Salud Digital del Servicio Catalán de Salud (Cat-Salut) para reflexionar conjuntamente acerca de la influencia de la pandemia en las conversaciones alrededor del cuidado de hoy y de mañana.

De ellos aprendimos que la teleconsulta –incluyendo los intercambios de e-mails, llamadas de teléfono y videollamadas– a pesar de representar un cambio repentino y disruptivo en el sistema, también ha representado, en algunos aspectos, una salvación. Los pacientes se han sentido seguros y cuidados en todo momento, y los profesionales –a pesar de haber pasado por algunos procesos de adaptación muy intensos– han podido darles apoyo pese a las difíciles circunstancias impuestas por la pandemia. En términos de la experiencia, la reducción de los desplazamientos y los intervalos de espera ha conllevado una gran optimización de tiempo tanto para pacientes como para profesionales. Ha permitido mantener conversaciones más informales, sinceras y profundas, ha facilitado las circunstancias de pacientes y cuidadores y ha aportado más tiempo de calidad para el personal médico y de enfermería que, en el futuro, se espera que pueda invertirse en otras actividades de valor como la investigación, la formación o los programas de participación de pacientes.

Todo esto ha proporcionado un nivel adicional de comodidad a los pacientes y cuidadores, dado que al no tener que moverse de casa (algo especialmente beneficioso para los pacientes que sufren dolor), no tuvieron que interrumpir sus vidas para acudir a sus consultas. Además, la situación social general durante el confinamiento aumentó el sentimiento de todos de sentirse parte de un sistema; un sentimiento de solidaridad que ha conectado mejor a pacientes y profesionales y que ha contribuido a una relación de mayor confianza y una mayor consideración hacia lo valioso que es cada minuto hablando el uno con el otro.

No obstante, las consultas virtuales durante la COVID-19 también han conllevado algunos retos en términos de la experiencia paciente-profesional. Con la ausencia de contacto físico, el uso estratégico del lenguaje corporal por parte de los profesionales para apoyar a los pacientes en la gestión de sus emociones se ha visto perjudicado en gran medida; además, las pausas naturales en la conversación han resultado más difíciles de rellenar en un vacío digital, y la interacción médico-paciente-cuidador se ha fracturado –ya sea con la pérdida de las reacciones espontáneas y del punto de vista del cuidador, o bien porque se oye exclusivamente la voz del cuidador y no la del paciente. En este sentido, las videollamadas han resultado más tranquilizadoras que las llamadas telefónicas o los correos electrónicos, en especial para pacientes con mucha ansiedad y en conversaciones en las que la comunicación no verbal resultaba fundamental para gestionar las emociones [10].

Por otro lado, han surgido algunos debates éticos y deontológicos. La mayoría de los profesionales han tenido que lidiar con la inseguridad de emitir un diagnóstico o prescribir un plan de tratamiento sin ni siquiera ver o examinar físicamente a sus pacientes. Y han tenido que hacerlo sin conocer las implicaciones en términos de responsabilidad personal, y sintiendo una pérdida de control sobre este nuevo contexto virtual que perciben mucho menos seguro, en términos de privacidad, que sus salas de consulta, donde pueden simplemente cerrar la puerta para quedarse a solas con sus pacientes. Este hecho, junto al miedo de estar accesibles 24/7 a través de los canales de teleasistencia, y por consiguiente más expuestos y recibiendo mayor presión para contestar, ha añadido una nueva capa de ansiedad a todas las interacciones, y ha representado un elevado nivel de estrés para los equipos sanitarios. En este sentido, plataformas digitales como Emento en Copenhague, o los kits de herramientas de apoyo diseñados por Agencias de Salud Pública, como CatSalut en España o el NHS en el Reino Unido, han contribuido a apoyar a los profesionales en sus decisiones y a mejorar la calidad de sus conversaciones digitales (Imagen 3).

En conjunto, sin lugar a dudas el enorme pico de teleconsultas provocado por la pandemia de la COVID-19 nos ha situado en un nuevo paradigma de la relación médico-paciente.

Los expertos a los que entrevistamos esperan que más del 30% de todas las interacciones con los pacientes en el futuro se lleven a cabo mediante canales telemáticos. Según una encuesta llevada a cabo entre pacientes de la Unidad del Dolor del Hospital Clínic de Barcelona, al 57% de ellos les gustaría mantener las consultas por teléfono, y al 59% de ellos les gustaría llevarlas a cabo a través de videoconferencia. En el mismo hospital, al 78% de los pacientes con

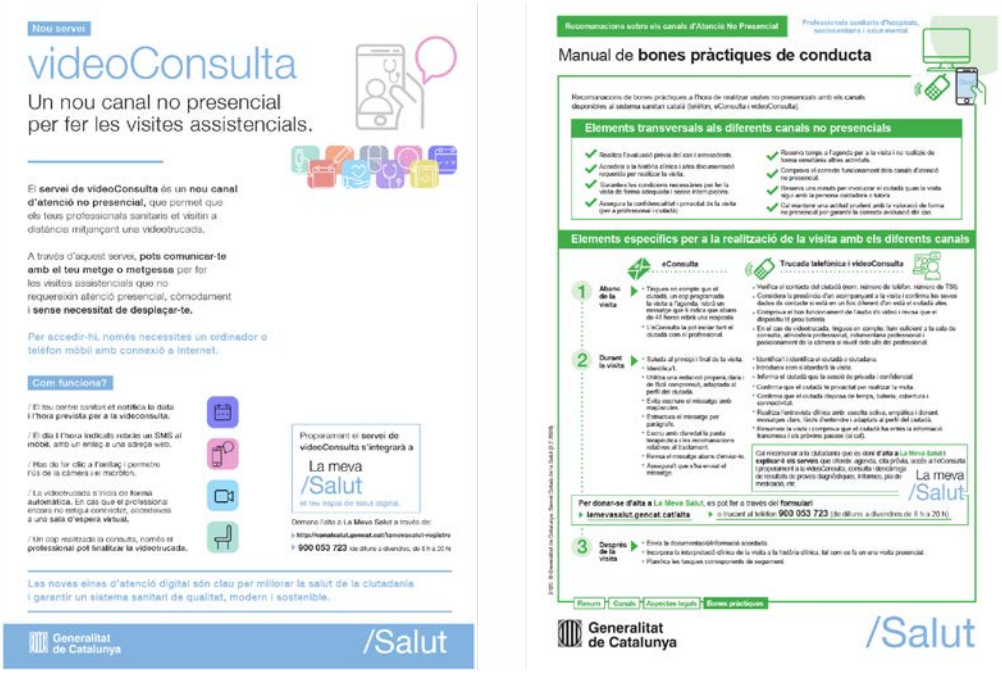

Imagen 3. Pautas para la videoconsulta de CatSalut. Herramientas infográficas para médicos y pacientes, con consejos y pautas para una mejor experiencia de videoconsulta, publicadas por CatSalut (Agencia de Salud Pública de Cataluña).

cefalea crónica también les gustaría utilizar la teleconsulta para las siguientes visitas y seguimientos. Según se perfila en el horizonte, la teleasistencia se establecerá más firmemente y con ella, aumentará el poder de la conversación como herramienta terapéutica y como catalizador para construir relaciones de confianza en el ámbito sanitario. Una gran oportunidad para consolidar todas las experiencias positivas resultado de estos últimos meses de crisis, y para superar todos los retos que han surgido.

A la vista de estos hechos, la pregunta resulta inevitable: *¿cómo podemos diseñar los fundamentos para impulsar conversaciones de calidad, de modo que conduzcan la relación médico-paciente a un nivel más profundo de participación y de efectividad?*

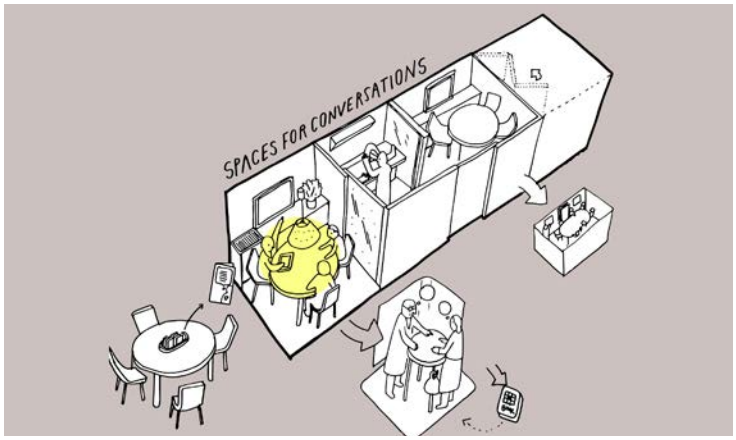

Imagen 4. Esquema conceptual de la Unidad del Dolor. Transformación de la sala de consulta para crear espacios más íntimos, seguros y reconfortantes para lograr unas conversaciones más compasivas.

Por qué el Design Thinking es importante en estos momentos

El Design Thinking es una metodología de innovación centrada en las personas, que se ha ido aplicando cada vez más en la innovación en productos, servicios y sistemas del ámbito sanitario a lo largo de los últimos años [11]. Parte de un profundo conocimiento de las necesidades de las personas –pacientes, cuidadores y profesionales– seguida de la generación de ideas, el prototipado rápido y los ensayos iterativos en búsqueda de una solución definitiva.

En una realidad post-COVID, y considerando que la pandemia proporciona un entorno que actúa como banco de pruebas para la innovación, esta metodología puede tener una relevancia y un valor especiales. El prototipado rápido y los tests iterativos son apropiados para el ritmo urgente de adaptación que la COVID-19 ha exigido de muchos sistemas y servicios de salud. Los profesionales sanitarios han tenido que adaptarse de la noche a la mañana para sentirse cómodos "trabajando en beta". Aun así, esta circunstancia ha resaltado algunas divergencias en la participación. Hemos observado que algunos equipos implementaban cambios y mejoras para conseguir que las herramientas de teleconsulta les resultaran más eficaces, mientras que otros tenían la sensación de no tener ningún poder ni capacidad de intervención para realizar ajustes.

La naturaleza participativa del Design Thinking permite a las organizaciones co-crear soluciones, ofreciéndoles herramientas y técnicas que fomenten la colaboración multidisciplinar entre pacientes, familiares y profesionales del cuidado. La participación y el sentimiento de autonomía personal son ingredientes esenciales para promover la aceptación y la adopción necesarias para alcanzar soluciones robustas y sostenibles.

Además, el Design Thinking puede contribuir al cambio sistémico necesario para construir los sistemas de salud del futuro, lo bastante resilientes y capaces de enfrentarse a retos venideros, como la COVID-19, interviniendo así en múltiples niveles de servicios y organizaciones: cambiando la cultura y actitudes dentro de la organización, promoviendo nuevos comportamientos y prácticas, creando nuevas herramientas y estrategias de cuidado y revelando nuevos modelos que combinen la experiencia online y la presencial.

Hablemos de la Nueva Normalidad

Como hemos mencionado anteriormente, en la actualidad tanto pacientes como profesionales de la salud y el cuidado comparten las ganas y la intención de conservar estos canales de comunicación digital mientras nos adentramos en la denominada Nueva Normalidad. ¿Pero qué puede representar esto en términos de las conversaciones alrededor del cuidado?

El uso creativo de formatos digitales, físicos y también híbridos o mixtos para que los médicos pudieran seguir cuidando de sus pacientes durante la pandemia ha forjado una confianza renovada, una amplitud de miras y un sentimiento de urgencia para implementar estrategias de transformación digital en los sistemas sanitarios.

¿Pero cómo podemos dar forma a estos espacios digitales para crear conversa-

ciones terapéuticas más íntimas y espontáneas entre pacientes y profesionales?

La transformación digital también proporciona un impulso hacia un cuidado más personalizado, hacia un mejor uso del tiempo del médico para mejorar la calidad de su asistencia y hacia la obtención de mejoras en la coordinación, en la formación y en la integración entre los servicios sanitarios y de asistencia social.

¿Cómo podemos diseñar protocolos flexibles que combinen interacciones analógicas y digitales para ofrecer un amplio abanico de conversaciones según unas necesidades y contextos variables, desde el hospital al hogar e incluso en el entorno comunitario?

En todo esto, es importante recordar que la tecnología representa únicamente un facilitador fundamental para una mejor conversación alrededor del cuidado; una herramienta para mejorar las interacciones entre pacientes, familias y profesionales. Como tal, incluso si en nuestros sistemas se incorporan infraestructuras digitales y capacidades efectivas, e incluso contando con la intención y el deseo colectivo de cambio, siguen faltándonos las habilidades y las cualidades de la experiencia necesarias para forjar nuevas relaciones y entablar conversaciones entre profesionales, ciudadanos y pacientes de igual a igual.

Por consiguiente, ¿cómo podemos ayudar a los profesionales de la salud a desarrollar sus habilidades comunicativas rediseñando los programas formativos y los planes de estudios de las facultades de medicina? ¿Cómo podemos dotar a los ciudadanos, a los pacientes y a sus cuidadores de las capacidades, las herramientas y la confianza necesarias para desarrollar sus conocimientos en salud y cuidado de modo que puedan establecer conversaciones más efectivas, tanto online como en persona?

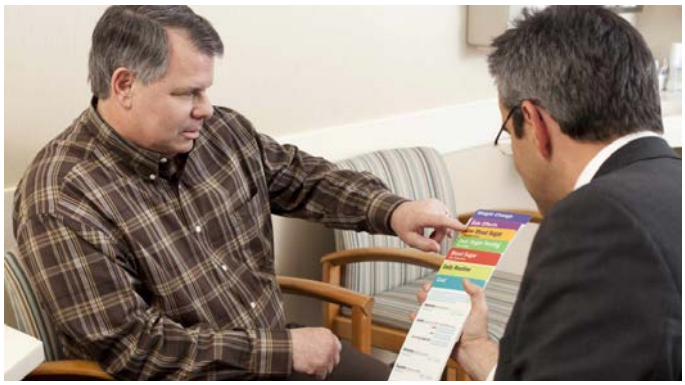

Imagen 5. Herramientas para la revolución de los pacientes. Pacientes y profesionales utilizando una herramienta para la toma de decisiones compartidas. Imagen cortesía del Centro de Recursos para la toma de decisiones compartidas de la Clínica Mayo .

The Patient Revolution, en colaboración con la Unidad de Investigación en Conocimiento y Evaluación (KER Unit) de la Clínica Mayo en Estados Unidos, está creando herramientas para la toma de decisiones compartidas que ayuden a movilizar a los pacientes que sufren diabetes y depresión y a sus familias, para lograr conversaciones alrededor del cuidado más personalizadas. Aquí, en Barcelona, la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) ofrece herramientas para la mejora del conocimiento en salud, como Essencial, para facilitar la comunicación y la comprensión entre los médicos y sus pacientes . Sin embargo, encontrar la forma de diseminar, escalar e integrar tales

abordajes por todo el sistema sanitario sigue siendo un reto.

Por lo tanto, la oportunidad real radica en generar un cambio de cultura hacia un modelo de cuidados más equitativo, humano y proactivo. Las conversaciones se encuentran justo en el centro de dicho cambio. La forma en que nos comunicamos unos con otros cambia fundamentalmente nuestros comportamientos, y en última instancia puede mejorar nuestras experiencias en términos de cuidado de una forma muy directa.

La COVID-19 puede haber provocado un fuerte impacto en nuestros sistemas sanitarios, pero también nos ha hecho más resilientes, flexibles y abiertos al cambio. Ahora es el momento de reflexionar acerca de las experiencias pasadas, dejar atrás arquetipos caducos, aprender de nuestros experimentos más recientes y traducir las mejores prácticas a soluciones sostenibles que puedan hacer que una buena conversación alrededor del cuidado sea la nueva normalidad.

Referencias

1. Angus, D., Watson, B., Smith, A., Gallois, C. & Wiles, J. (2012). Visualising conversation structure across time: Insights into effective doctor-patient consultations. PloS one, 7(6).
2. Davis, J., Foley, A., Crigger, N. & Brannigan, M.C.(2008). Healthcare and listening: A relationship for caring. The Intl. Journal of Listening, 22(2), 168-175.
3. Ha, J.F. & Longnecker, N., (2010). Doctor-patient communication: a review. Ochsner Journal, 10(1), 38-43.
4. Cheatle, M.D. (2016). Biopsychosocial approach to assessing and managing patients with chronic pain. Medical Clinics, 100(1), 43-53.
5. Fischer, M. & Ereaut, G. (2012). When doctors and patients talk. The Health Foundation.
6. Headlee, C. (2015). 10 Ways to Have a Better Conversation. TEDxCreativeCoast. Filmed May 2015.
7. Windover, A.K., Boissy, A., Rice, T.W., Gilligan, T., Velez, V.J. & Merlino, J. (2014). The REDE model of healthcare communication: optimizing relationship as a therapeutic agent. Journal of patient experience, 1(1), 8-13.
8. Chow, L. & Hatala, R. (2020). Serious Illness Conversations in the Time of COVID-19.This Changed my Practice (UBC CPD) Journal. (6 May 2020).
9. Sust, P.P., Solans, O., Fajardo, J.C., Peralta, M.M., Rodenas, P., Gabaldà, J., Eroles, L.G., Comella, A., Muñoz, C.V., Ribes, J.S., Monfa, R.R. & Piera, J. (2020). Turning the crisis into an opportunity: digital health strategies deployed during the COVID-19 outbreak. JMIR Public Health and Surveillance, 6(2), p.e19106.
10. Greenhalgh, T., Wherton, J., Shaw, S. & Morrison, C. (2020). Video consultations for covid-19. BMJ 2020; 368: m998.
11. Kim, S.H., Myers, C.G. & Allen, L. (2017). Health care providers can use design thinking to improve patient experiences. Harvard Business Review, 95(5).