



## Editorial

### Habilidades de comunicación con el paciente. La perspectiva del psicólogo

### Communication skills with patients. The psychologists' point of view

Milena Gobbo Montoya

Unidad de Investigación, Fundación Española de Reumatología, Madrid, España

Dos son, fundamentalmente, los aspectos en los que la psicología posee conocimientos, desarrollados dentro de su ámbito, que pueden ser de utilidad para mejorar la comunicación médico-paciente. Por un lado, está el entrenamiento en habilidades sociales, imprescindibles para alcanzar un modelo asertivo de relación, y por otro, el *counseling*, traducido con frecuencia como relación de ayuda, consejo asistido o asesoramiento. Tanto la práctica de un modelo asertivo de comunicación como el aprendizaje y uso del *counseling* mejoran la salud de los pacientes y suponen también un beneficio para los propios profesionales<sup>1</sup>. Una buena comunicación aumenta la adherencia al tratamiento y disminuye la ansiedad, el dolor y la comorbilidad de los pacientes. Además, es un factor protector contra el síndrome de *burnout*<sup>2</sup>, cada día más frecuente en la profesión médica, y también permite enfrentarse de una forma más efectiva a incidentes violentos o demandas judiciales<sup>3</sup>, incidentes cuya frecuencia en la actualidad es mayor de lo que puede suponerse<sup>4</sup>.

Ya desde el Consenso de Toronto en 1991 se reconoce la relevancia de este tema, y la necesidad de incluir una formación en habilidades de comunicación en las escuelas de medicina y en la formación médica continuada<sup>5</sup>. Numerosos estudios y autores han publicado sobre este tema desde entonces, por lo que no vamos a insistir sobre ello, y nos remitimos a los argumentos utilizados por Albert Jovell, en el excelente editorial «Medicina basada en la afectividad»<sup>6</sup>. Pero a pesar de lo mucho que se ha publicado en este sentido, todavía persisten, a día de hoy, conductas y formas de entender la medicina basada en los sistemas paternalistas y lineales que ya deberían haber sido superados, donde prima un modelo biológico de entender la salud frente al modelo biopsicosocial, que está abriéndose paso con dificultad. No hace mucho, durante un curso de verano en El Escorial sobre motivación de los profesionales de la salud, escuché a un muy valorado experto decir que el motor del acto médico es pensar en ese momento en el que puedes decir al enfermo que está curado. Ilustraba el ponente su afirmación con el cuadro *El Doctor* de Sir Luke Fildes (1844-1927), en el que un médico está velando a un niño enfermo con los padres al fondo, que esperan angustiados el desenlace de la situación. Según afirmaba este profesional, este cuadro refleja lo que motiva a los sanitarios: colmar las esperanzas de aquellos que confían en que se les

devolverá la salud o se salvará su vida y la de sus seres queridos. Esta idea triunfalista aún se transmite a los profesionales durante su periodo de formación, en que se les hace creer que, con los conocimientos científicos adquiridos, la tecnología desarrollada, el trabajo personal y el empeño puesto en este objetivo, curar es el único fin natural e incuestionable. Por ejemplo, en una reciente encuesta realizada en México, el 40% de los médicos residentes aseguraron que una buena práctica de la medicina consiste en comprometerse a curar al paciente<sup>7</sup>. La realidad, sin embargo, difiere mucho de esta situación ideal. Con frecuencia los médicos han de valorar síntomas poco definidos, que encajan con muchas posibles enfermedades, pruebas diagnósticas con diversos porcentajes de error, múltiples opciones de tratamiento diferentes, con balances de ventajas e inconvenientes que hay que sopesar, y en general, un grado de incertidumbre que arroja un panorama algo alejado de ese mensaje de curación final, más aún en enfermedades como las reumáticas, en que con frecuencia se manejan procesos crónicos o «incurables». A esto hay que añadir que los pacientes que acuden a la consulta también traen sus propias incertidumbres. A pesar de que el nuevo modelo de paciente se supone más informado a través de la red, los medios de comunicación, etc., en realidad éste se encuentra, como el propio médico, con opiniones y recomendaciones de expertos (o pseudoexpertos) que son diferentes entre sí y, a veces, contradictorias<sup>8</sup>. Es lógico que esta incertidumbre genere ansiedad por ambas partes, que se manifiesta en formas de comunicación y conductas a veces inhibidas, a veces agresivas que, lejos de contribuir a un mejor entendimiento en el tema central que les ocupa (el manejo de la enfermedad), lo que produce son fricciones y conflictos. En este contexto, no poseer unas buenas habilidades de comunicación implica encontrarse sin recursos para afrontar una serie de situaciones que se van a presentar a menudo en la relación médico-paciente, y que van desde la necesidad de dar malas noticias, situación para la que no se está preparado, hasta la de defenderse de un comportamiento abusivo o prepotente por parte del paciente, que considera que no ha sido tratado adecuadamente si no se hace o se dice algo que espera, pasando por toda una gama de posibilidades diferentes, incluida la necesidad de admitir que la medicina no está libre de errores, y que, con toda seguridad, se va a cometer un porcentaje de ellos a lo largo del ejercicio profesional, sin dejar por ello de ser un buen médico.

¿Qué pueden aportar los psicólogos? La experiencia de años dedicados al estudio de las interacciones humanas. La

Correo electrónico: milena.gobbo@ser.es

comunicación es eso básicamente, una interacción entre dos o más individuos en muchos aspectos diferentes, pues como decía Watzlawick (Escuela de Paloalto) en uno de sus axiomas: «es imposible no comunicar» y toda interacción, verbal o no verbal, comunica algo. Un buen manejo de esa interacción nos permitirá lograr nuestros objetivos de una forma más satisfactoria. Se trata de aprender a practicar la «medicina asertiva», como algunos autores la han denominado<sup>9</sup>, entendiendo por asertividad la expresión y la defensa de los derechos y opiniones de una forma honesta directa y apropiada, sin violentar los derechos de los demás, y basándose en el respeto de las opiniones, valores y decisiones del otro. No debemos olvidar que la salud es un derecho y no una obligación, y como decía Milton Ericsson, la relación médico paciente es una colaboración entre dos expertos: el médico, que es experto en el conocimiento de su ciencia, y el paciente, que es un experto en sí mismo<sup>10</sup>.

Desde este punto de partida el entrenamiento en habilidades sociales proporciona al médico una serie de herramientas que facilitan la consecución de estos objetivos, mediante un aprendizaje del control emocional (a nivel cognitivo, fisiológico y motor), y de técnicas como la escucha activa, la empatía, la forma de proporcionar información útil de forma clara, cómo obtener la máxima información a través de preguntas abiertas o cerradas utilizadas de forma adecuada, resumir la información y enviar mensajes «yo», y otras muchas posibilidades, encaminadas todas ellas a conseguir una comunicación óptima.

Finalmente, el *counseling*<sup>11</sup> supone avanzar un paso más allá en la misma dirección. Partiendo de las habilidades sociales y el control emocional, que son requisitos indispensables para la buena comunicación, el *counseling* implica, además, ser capaz de transmitir estos recursos, ya interiorizados por el profesional, a los pacientes y su entorno, para dotarlos, también a ellos, de esas capacidades y que, de este modo, su conducta y su toma de decisiones sean más sencillas, más racionales y más informadas. Se trata de llegar incluso a inducir posibles cambios en la conducta, actitud o creencias de los pacientes, en los casos en que fuese necesario hacerlo para mejorar su salud, pero sin violentarlos, ni forzarlos. La salud no debe imponerse, sino consensuarse, proporcionando sobre todo una buena información, de manera que el paciente pueda ser una parte implicada en su tratamiento y evolución. Y esta información de calidad no supone sólo explicar al paciente aspectos relativos a su enfermedad, tratamientos y evolución, sino también cuáles son las reacciones emocionales que enfermedad, tratamiento y evolución suelen desencadenar, así como las posibles consecuencias familiares, sociales y laborales. Se trata de ayudar (de ahí el término «relación de ayuda») a los pacientes a enfrentar y manejar sus emociones y su entorno de una forma saludable, proporcionándoles información sobre las alternativas de afrontamiento que más útiles han resultado a otros pacientes en similar situación, y también sobre

los recursos de todo tipo que la sociedad puede ofrecerles para ayudarles en esta etapa vital.

El siguiente ejemplo ilustra de forma sencilla cómo se aplicaría a un caso concreto todo lo que hemos explicado con anterioridad. Un médico sabe que el tabaco es un hábito perjudicial para la salud. Pero es posible que, a pesar de ello, él sea fumador. Y debe entender que, como él, los pacientes son libres de asumir sus riesgos, tomar sus decisiones y seguir fumando. Sin embargo, él sabe también que, en determinados pacientes, este hábito es más peligroso que en otros. Por lo tanto, puede ofrecer a un paciente las razones por las que, a pesar de que respete su decisión, en su caso concreto es mucho más importante, serio y trascendente seguir el consejo terapéutico. Eso lo sabe como médico. Pero como médico asertivo sabe también que debe entender al paciente y su resistencia al cambio, que debe ponerse en sus zapatos y devolverle que reconoce sus emociones, que las respeta, y que está a su lado para ayudarle a modificar su conducta; puede implicar a su entorno, puede explicar los programas para dejar de fumar que existan o recetar parches de nicotina. En definitiva, puede ir más allá del simple consejo y puede ayudar al paciente a seguirlo, entendiendo sus resistencias y ofreciéndole todos los recursos necesarios para vencerlas.

Desde el punto de vista de los psicólogos, por lo tanto, la comunicación en medicina es algo más que información, es una oportunidad para ayudar. Quizá no sirva para curar, en el sentido del ejemplo del ponente antes citado, pero sí para que ambos interlocutores (médicos y pacientes) se encuentren mejor consigo mismos en todos los sentidos.

## Bibliografía

1. Lein C, Wills CE. Using patient-centered interviewing skills to manage complex patient encounters in primary care. *J Am Acad Nurse Pract.* 2007;19:215-20.
2. Gonçalves F, Aizpiri F, Barbado JA, Cañones PJ. Síndrome de Burn-out en el médico general. *Medicina General.* 2002;43:278-83.
3. Weingart SN, Lezzoni LI. Looking for medical injuries where the light is bright. *JAMA.* 2003;290:1917-9.
4. Cantera LM, Cervantes G, Blanch JM. Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitario. *Papeles del Psicólogo.* 2008;29:49-58.
5. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maure P, Lipkin M, Novack D, et al. Comunicación médico paciente: el informe del consenso de Toronto. *BMJ (ed Esp).* 1993;8:40-5.
6. Jovell AJ. Medicina basada en la afectividad. *Med Clin (Barc).* 1999;113:173-5.
7. Rivera-Cisneros AE, González NJ, Martínez-López S, Campos Castolo EM, Sánchez González JM, Tena Tamayo C, et al. Estudio exploratorio sobre la enseñanza de la comunicación humana asociado a la práctica médica. *Cir y Cir.* 2003;71:210-6.
8. Mechanic D. Physician discontent: challenges and opportunities. *JAMA.* 2003;290:941-6.
9. Tena C, Sánchez JM. Medicina asertiva: una propuesta contra la medicina defensiva. *Ginecol Obstet Mex.* 2005;73:553-9.
10. Robles T. Concierto para cuatro cerebros en psicoterapia. México: Alom; 1990. p. 223.
11. Bimbela JL. Cuidando al cuidador: *counseling* para profesionales de la salud. 4.ª ed. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2001.