



02/La comunicación en el proceso asistencial.

Calixto Plumed Moreno, O. H.

Doctor en Psicología. Psicólogo Clínico.

Escuela de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios.

Universidad Pontificia Comillas. Madrid.



El proceso de comunicar implica que los pacientes puedan ser capaces de formular todas las preguntas que les permitan clarificar las dudas sobre su salud. Bajo este principio, el autor nos orienta en la importancia que tiene la comunicación entre médicos y pacientes. Desde conceptos básicos pasando por factores, técnicas, estilos o métodos, hasta llegar a unos apuntes sobre cómo dar malas noticias o las consecuencias de una mala comunicación. Un repaso breve pero completo sobre la comunicación en salud. .

Palabras clave: Comunicación, Paciente, Profesional.

The communication process implies that the patients shall be capable to make all the questions to allow themselves to clarify all their doubts about their health. By this principle, the author guides us in the importance of the communication between doctors and patients.

From the basics, through factors, techniques, styles or methods, to reach notes about how to give bad news, or the consequences of a bad communication. In short, a brief but complete review about communication in health.

Key words: Communication, Patient, Professional.

1/

La gran importancia de la comunicación con los pacientes y con los profesionales.

Haciendo algunos titulares, sobre el tema de la comunicación y su implicación en el proceso de la asistencia, nos podrían orientar para abordar muchos aspectos, aunque no todos, ya que el tema es muy amplio y solamente nos daría la oportunidad de esbozar una ligera aproximación. Veamos:

- Todos creíamos que el mundo hiperconectado sería fantástico y entregamos de una forma ingenua nuestros datos de manera gratuita.
- También fuimos pensando que el mundo de las redes sería en cierta manera mejor. Pero un mundo conectado es en realidad muy inestable.
- Las grandes comunidades de internet no son una panacea y muchas veces, las más perjudiciales.
- Ante enfermos con peticiones y exigencias hostiles y crispadas hay que saber comunicar

y tener capacidad para reestructurar estas relaciones potencialmente estresantes (Antonio Granados).

- El problema es que existe una carencia de habilidades comunicativas de los asistenciales y sanitarios.
- Mejorar la comunicación con el paciente y entre los profesionales es fundamental para reducir el desgaste, pero también para incrementar la satisfacción de los pacientes, la calidad asistencial y la adherencia al tratamiento.
- La comunicación es una obligación de los gerentes y directores de los centros: su participación en los grupos que tratan los temas de la comunicación es obligada e imprescindible.
- No hay volumen de trabajo que impida la implicación del directivo en la comunicación, ya que es capital, nuclear y crucial. Muchos todavía no lo han asimilado.
- Un paciente, antes de ir a la consulta ya ha consultado la red en múltiples ocasiones.
- Una buena comunicación con el profesional de la salud por parte del usuario o enfermo, puede servir para evitar cantidad de desinformación que, sobre la salud, están en las redes sociales de la actualidad y en las infinitas webs al respecto.
- Hay que saber y estar bien formado para poder desmontar la cantidad de bulos que circulan en las diversas webs y redes sociales.
- Y abordar también las pseudoterapias que los negocios desaprensivos suelen fomentar incluyendo a bastantes profesionales en esta labor.
- Las fake news sobre salud son un tema global; todos tenemos parte de culpa y responsabilidad.
- La educación social en el ámbito de la salud es importante, pero los profesionales nos debemos implicar algo más.

2/

¿Qué hay en la base y en la esencia de la comunicación?

El proceso de comunicar implica que los pacientes puedan ser capaces de formular todas las preguntas que les permitan clarificar las dudas sobre su salud y que están en condiciones de interactuar con los profesionales sobre los diferentes cursos de acción diagnóstica y terapéutica¹.

El sistema sanitario tiene un gran reto en la necesidad de atender de forma apropiada las nuevas demandas de comunicación asociadas a un modelo de paciente más activo.

La comunicación es un proceso bidireccional, en el que ambas partes, los profesionales y los pacientes, aportan conocimientos y experiencia.

Hay que tener claro que es muy probable una asociación entre una comunicación deficiente y sus consecuencias en la salud.

La ley nos marca mínimos, pero la ética nos obliga a máximos. Y en el ámbito del debate bioético, en el que con frecuencia nos encontramos, no podemos dejar de reflexionar sobre las graves faltas en el proceso de comunicación que observamos en nuestro entorno².

Cualquier proceso de atención de salud implica un proceso de relación entre un paciente y un profesional de la salud, como mínimo³. Desde el momento en que se ha establecido esta relación es inevitable que se establezca una comunicación.

Se precisan varias visitas médicas para consolidar un proceso de comunicación en el que el profesional entienda los valores y preferencias

de los pacientes. Hay que poder y saber establecer un vínculo empático.

La relación profesional-paciente tiene que generar confianza mutua. En caso contrario, la probabilidad de que el acto asistencial acabe siendo infructuoso es muy alta. Aunque las relaciones entre profesionales de la salud y pacientes tienden a ser asimétricas, hay que defender el principio ético de la autonomía de las personas.

La comunicación es considerada como una dimensión de la competencia de las profesiones sanitarias que tiene que ser enseñada, aprendida y evaluada.

Las ideas, creencias, sentimiento, actitudes y valores, entre otros aspectos, configuran una manera específica de vivir la relación asistencial entre el profesional y el paciente.

Hay evidencias de que una comunicación adecuada repercute en una mayor confianza en la relación médico-paciente, en una adhesión terapéutica mayor por parte del paciente y, en general, en resultados clínicos favorables en los procesos de enfermedad.

Es indiscutible que los profesionales de la salud en la praxis contemporánea, han cambiado y progresado mucho, tanto en la relación entre los propios compañeros de los equipos como con respecto a los usuarios, enfermos y familias con los que se relacionan.

Todo ello es consecuencia de la influencia de los cambios culturales y valores, de los modos de entender la asistencia sanitaria: pasando del modelo científico-natural, por influencia del desarrollo tecnológico y también por la excesiva especialización profesional. En consecuencia se ha producido la introducción de la labor de equipo vs. individual y, la socialización, ha podido potenciar el riesgo de masificación y deshumanización de la salud.

Resulta muy conveniente conocer y manejar los diversos modelos que pueden estar implicados

1. Cf. Albert Jovell Fernández. La comunicación médico-paciente. La visión desde ambos lados. *Bioética & debat*, 2010; 16(60): 11-13.

2. Cf. Jordi Craven-Bartle. Comunicación profesional en el ámbito de la fragilidad. *Bioética & debat*, 2010; 16(60): 14-16.

3. Cf. Xavier Clèries Costa. La comunicación en el ámbito de la salud. *Bioética & debat*, 2010; 16(60): 7-10.

LH n.328

en las interacciones con los enfermos/pacientes/ usuarios como enumera **Diego Gracia (2010)**, no olvidando que el profesional de la salud debe delegar más en el enfermo. He aquí los diversos modelos de interacción:

- **Paternalista:**

El enfermo asiente ante lo que decide el profesional.

- **Informativo:**

El enfermo recibe toda la información y decide.

- **Interpretativo:**

El profesional aconseja.

- **Deliberativo:**

El profesional actúa como maestro y amigo.

- **Instrumental:**

No importa el enfermo sino el beneficio de la sociedad.

por **3) considerar una asistencia basada en valores.**

Hemos pasado en consecuencia, o al menos estamos en ello, de la ética de la **beneficencia**, a la **ética de la autonomía**. Y se ha introducido el **consentimiento informado**. ¡Qué no es poco, aunque todavía sin perfeccionar!

No debemos olvidar que las actitudes personales reflejan la propia imagen. En el trabajo transmitimos, tanto a compañeros como a pacientes, la imagen de nosotros mismos y la del centro en el que desempeñamos nuestra actividad.

En estas facetas siempre nos mostramos desde lo que somos: más o menos extravertidos, simpáticos, expresivos, serios, inteligentes, hábiles...; lo que hemos aprendido: en la educación reglada, en la familiar, social y en las costumbres de nuestro entorno.

Se han señalado muchos aspectos para un espacio tan reducido. Pero, como se ha manifestado arriba, nos pueden servir de introducción y pasamos sin demasiado detalle algunos aspectos nucleares, conceptuales e instrumentos de actuación en la comunicación en la asistencia.

3/

Por dónde nos vamos orientando y encaminando en la asistencia sanitaria.

De la relación/interacción basada en técnica de servicios con una estructura autoritaria (paternalismo-obediencia), hemos evolucionado por **1) causas socioculturales** (sentido de igualdad en las relaciones, cambio de valores y crítica a las actuaciones profesionales, incluso las del P.S.A. [profesional de la salud y asistencial]); por **2) cambios en la propia asistencia sanitaria** (influencia de Alma-Ata desde 1978, concepto de salud-enfermedad mejorando el modelo biopsicosocial, el enfermo como sujeto activo, declaración y defensa de los derechos del enfermo);

4/

Conceptos y herramientas a tener en cuenta.

Sabemos que la comunicación es la **transmisión de un mensaje a otra persona**, en forma tal que esa persona nos muestre que recibió el mensaje **reaccionando como esperamos**. Es la operación que pone en relación e interacción a dos o más individuos.

Son de sobras conocidos los elementos que in-

tervienen en la comunicación y que se detallan en el cuadro adjunto:

- Al menos, de un transmisor, un mensaje, un canal, un código, un receptor y una respuesta.
- Siempre se da en un contexto y puede contener elementos perturbadores de la misma o que dificulten su buena consecución.
- En su forma más simple, es un proceso de dos sentidos que implica el envío, la recepción y devolución de un mensaje.
- Como la intención es suscitar una respuesta, el receptor del mensaje se convierte en el transmisor de una respuesta y el transmisor original en el receptor.

Es esencial en este proceso el **retorno del mensaje**. Debería ser concreto, oportuno, neutro (sin juicios de valor) y directo. Puede ser positivo o negativo, permitiendo al emisor corregir o readaptar de nuevo el mensaje. El retorno o feed-back es la última parte del proceso comunicativo. Facilita la comprobación del grado de exactitud y similitud del mensaje, finalmente recibido, con el originalmente deseado y transmitido.

En psicología de la comunicación, se usa el término **feed-back** o retroalimentación, para referirnos a todos los mensajes, verbales o no, que se perciben de otros y que expresan el efecto de la conducta o mensaje previo sobre ellos. Para que sea eficaz, debe ser descriptivo, capaz de ser usado de modo productivo (potencial inductor del cambio) y emitido por la persona adecuada. El retorno del mensaje tiene en consecuencia:

1. Utilidades: **Validar** la comunicación inicial, para que quien la hizo pueda controlar cómo se recibió y saber cuál fue su alcance y sentido real para la otra persona. Imprimir **sentido** y dirección a la conducta subsiguiente. **Estimular** cambios de conducta, de actitudes o de sentimientos en el emisor. **Evitar** malas interpretaciones y errores en la comunicación.

Elementos de la comunicación:

Emisor: *Persona o grupo que genera y emite el mensaje. Fuente de codificación que tiene un motivo e idea a comunicar, y la prepara (codifica) de forma que pueda transmitirse.*

Receptor: *Persona/s que recibe/n el mensaje y lo interpreta/n. Decodificador que atiende el mensaje. Percibe la información enviada (sensación) y la analiza (interpretación), relacionando esos datos con su propio almacén de conocimientos y experiencias, para llegar a concluir una significación.*

Mensaje: *Información, idea central o contenido que se transmite mediante señales.*

Código: *Sistema de signos o símbolos y sus reglas, elegido por el emisor para comunicar el mensaje. Responde a convenciones y puede ser hablado, escrito, gesticulado, pictográfico... variar a través de los pueblos y épocas históricas (idiomas, estilos artísticos...)*

Codificación: *Traducción de la idea/mensaje al código en el que lo transmite el emisor.*

De/descodificación: *Traducción del código recibido por el receptor. Interpretación del mensaje.*

Canal: *Medio/s o vehículo/s a través del/las cual/es se envía el mensaje. Suele coincidir con los sentidos (auditivo, visual, táctil...). Cuantos más utilicemos, más fácil será que nuestra comunicación se almacene en la memoria del receptor.*

Contexto: *Clima. Situación o circunstancias físicas, sociales, psicológicas, emocionales... que confluyen en el momento de la comunicación. Importante que sea cómodo para los participantes, alentándolos a interactuar en un campo de experiencia común.*

Barreras/Ruidos: *Cualquier interferencia que puede afectar al proceso comunicativo, entorpeciendo. Aspectos no deseables, externos (música en el ambiente, obras...) o internos (pensamientos interferentes, actitudes, problemas personales...) que dificultan una comunicación adecuada o fluida.*

Respuesta: *Feed-back, retroalimentación o mensaje que el receptor devuelve al emisor.*

LH n.328

4. Cf. Janet H. Beavin (Autor), Don D. Jackson (Autor), Paul Watzlawick (Autor). (2002). Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas. Barcelona: Herder Editorial.

5. Cf. Borda, M. (2001) Hematofobia: Sincronía en el triple sistema de respuestas. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 6(3). 179-196.

2. Principios para su obtención: Ir dirigido a un comportamiento susceptible de ser modificado, reconociendo el punto en que se produce el fallo y mediante el esfuerzo personal. Ser neutro y no valorativo. Hecho en el momento oportuno. Solicitado por la persona, de forma verbal o no verbal. Claro y conciso, centralizado en la cuestión esencial, el problema... Concreto y directo, sobre todo si va a expresar algo negativo. Específico a la persona, no general. Comprobado: ser conscientes de que el receptor ha entendido lo que queríamos decirle.

Resulta bastante práctica e ilustrativa la **Ventana de Johari** como modelo explicativo de la interacción humana (**Luft, J. e Ingham, H.**), ya que:

- Explica la forma en la que solemos abordar nuestras relaciones interpersonales.
- Ilustra el proceso de dar y recibir feedback, mediante el cual podemos “**vern**os a **nos**otros mismos tal como nos ven los demás”.
- Se considera una ventana de comunicación, a través de la cual una persona da o recibe informaciones sobre sí misma o sobre otras personas.

Y son imprescindibles a tener en cuenta en la comunicación los **Cinco Axiomas** planteados por **Watzlawick, P.** (Teoría Interaccional de la Comunicación)⁴ ya que:

- I. No es posible no comunicarse.
- II. Toda comunicación tiene dos niveles:
 - **De contenido** (mensaje/“qué”).
 - **Y relacional** (emoción/“cómo”).
- III. La naturaleza de la relación se basa en la puntuación de la secuencia de hechos:
 - **En la interacción los comunicantes puntúan/interpretan la secuencia de hechos como resultado de la actitud del otro.**
- IV. La comunicación puede ser:
 - **Digital** (verbal o de contenido).
 - **Analógica** (no verbal o de relación)
- V. La interacción comunicativa puede ser:
 - **Simétrica.**

(idénticos deberes y derechos).

- **Complementaria.**
(posiciones diferentes que se complementan).

Como consecuencia de ello, no deberíamos olvidar en todas nuestras actuaciones profesionales que siempre nos estamos comunicando: con nosotros mismos, con nuestra familia y amigos, con nuestros vecinos y conocidos, con nuestros compañeros de trabajo, con nuestros pacientes/clientes/usuarios,... Y ser muy cautos en el respeto de la confidencialidad que, los profesionales asistenciales y de la salud, en multitud de ocasiones y circunstancias lo infringen, incluso inconscientemente o como rutina. En otro orden de cosas, hemos de saber que cada uno de estos procesos comunicativos tendrá aspectos en común y aspectos diferenciadores de los demás. Tomando consciencia de algunos fracasos/dificultades en la comunicación debido a que:

- **Los individuos usamos un código distinto.**
- **El código ha sido alterado.**
- **Falsa interpretación de la situación.**
- **Se confunde el nivel de relación por el de contenido.**
- **Mala puntuación en la secuencia de los hechos.**
- **La comunicación digital no concuerda con la analógica.**

Por todo lo indicado se han de tener siempre en consideración las dimensiones y componentes de toda comunicación (conductuales, cognitivos, fisiológicos,...)⁵. Ya que se trata del triple sistema de respuesta humano tanto en la comunicación verbal como en la no verbal:

- **Fisiológico:** Sistemas y aparatos corporales (nervioso, cardiovascular, respiratorio, endocrino, gastrointestinal, tegumentario, inmunitario,...).
- **Cognitivo:** Pensamientos, cogniciones, razonamiento.
- **Motor:** Conductual.

“No deberíamos olvidar en todas nuestras actuaciones profesionales que siempre nos estamos comunicando”

Los tres sistemas se consideran parcialmente independientes pero altamente interactivos (Lang, 1971). En comunicación es fundamental prestar atención a los tres.

Y hay que tener muy en cuenta las llamadas pérdidas de carga informativa. En la transmisión de mensajes, la información va sufriendo un proceso de modificación o distorsión, aunque sea de manera involuntaria. Salvando las diferencias individuales, en el proceso comunicativo la información se degrada o perdemos datos: Sustituimos las palabras no familiares por otras adaptadas a nuestro vocabulario habitual, a continuación se pierden los adverbios y si emitimos juicios de valor, el mensaje acaba sustancialmente modificado. Así, en estas pérdidas de carga informativa, suele suceder aproximadamente esto:

- 1° Lo que quiero decir (100% de la información)
- 2° Lo que digo realmente (75% de la información)
- 3° Lo que oye el receptor (70% de la información)
- 4° Lo que escucha (65% de la información)
- 5° Lo que interpreta (60% de la información)
- 6° Lo que retiene (55% de la información)
- 7° Lo que dice o transmite en su retroalimentación (<50% de la información)

Estos porcentajes de pérdida dependen de las variables intervinientes en cada caso, pero el proceso suele ser el mismo **mutatis mutandis**.

5/

Factores que intervienen en el proceso de comunicación.

En nuestras intervenciones de comunicación tampoco deberíamos ignorar algunos factores que pueden alterar algunos de los componentes

de la misma como estos:

- Capacidad de los comunicantes:

Para hablar, oír, ver y comprender los estímulos.

- Percepciones:

Cada persona tiene unos rasgos únicos de personalidad, valores y experiencias vitales, por lo que percibe e interpreta los mensajes de forma idiosincrásica.

- Espacio personal I:

Cada individuo prefiere mantener en sus relaciones una distancia determinada individualmente. En función de la sociedad o cultura y del tipo de comunicación, existen unas distancias aproximadas predeterminadas según Hall:

- *Íntima*: desde el contacto físico hasta unos 45 cm.
- *Personal*: de 45 cm. hasta 1.2 m.
- *Social*: de 1.2 m. a 3.7 m.
- *Pública*: más allá de los 3.7 m.

- Espacio personal II:

Por su trabajo, el personal sanitario tiende a invadir el espacio personal del paciente/usuario/cliente. Puede ser apropiado cuando se pretende transmitir cuidado físico y calor psíquico. Pero tendremos muy en cuenta la necesidad de acercamiento físico en cada acto y el modo en que lo realizamos según nos vaya respondiendo la persona. Y aquí hay que saber interpretar las respuestas y reacciones.

- Territorialidad:

Espacio y objetos que un individuo considera que le pertenecen. Las personas marcan su territorio para que los demás se hagan conscientes de éste. Se debe tener en cuenta y respetarlo. En situaciones de vulnerabilidad también se pueden dar apoyos, p.e. cortinas de separación.

- Funciones y relaciones:

Los distintos roles que se desempeñan en cada momento (p.e. estudiante, instructor, enfermo, médico, auxiliar, enfermero...) afectan a la comunicación. La elección de las palabras,

LH n.328

la estructura de las frases, el acercamiento físico, el tono de voz etc., varían de un tipo de relación a otra.

- Tiempo:

Factor que precede, sigue y está implicado en la interacción. Cada proceso comunicativo necesita un tiempo determinado.

- Entorno:

Un clima o contexto cómodo favorece la comunicación. Temperaturas extremas, mala ventilación, tensión emocional, falta de intimidad... son factores de distorsión ambiental y pueden interferir el proceso comunicativo.

- Actitudes:

Transmiten creencias, pensamientos y sentimientos sobre las personas y los hechos. Se comunican con convicción y rapidez:

- *Algunas que inhiben las relaciones son:*
fríaldad, superioridad, desinterés.
- *Algunas que las facilitan:*
respeto, aceptación, preocupación, calor.

- Emociones y autoestima:

Ambas son muy significativas en este proceso y ejercen su influencia. P.e., el miedo influye en la forma de expresarse (credibilidad) y de interpretar los mensajes (recuerdo de instrucciones). Las personas con autoestima elevada se comunican honestamente, con confianza y congruencia (acuerdo y coincidencia entre mensajes verbal y no verbal).

Para lo cual no se pueden obviar los **Diez Mandamientos** de la comunicación (**Harold Koontz y Cyril O'Donnell**) que indicamos en el cuadro adjunto:

6/

Algunos aspectos psicológicos de las terapéuticas.

- Efecto Pigmalión (Rosenthal): El “Efecto Pigmalión”, consiste en la influencia que tienen las expectativas de un individuo o de un grupo de individuos sobre otro individuo o grupo (en nuestro caso enfermo respecto al profesional de la salud). Para Laing, Phillipson y Lee la identidad es cómo cada quien se ve a sí mismo; la metaidentidad es cómo cada uno ve (y cree) que el otro lo ve. Esta concepción de identidad y metaidentidad permite considerar los cambios en la identidad producidos por las asimilaciones de las modificaciones de la identidad que el sujeto obtiene al ver cómo lo ven los otros, constituyéndose en oportunidades tanto de limitación como de enriquecimiento. **Callejas & Grossi (2007)** vinculan el efecto Pigmalión con los conceptos de identidad y metaidentidad propuestos por estos autores, mostrando cómo dicho efecto se produce justamente porque la creencia del maestro (en nuestro caso el profesional de la salud) introduce cambios que modifican la metaidentidad del niño/paciente y finalmente su propia identidad/enfermedad.

- Pronósticos destructores (que pueden llevar a posicionamientos depresivos).

- Efecto placebo (está solo en la imaginación de los enfermos, funciona en aquellas personas que son dependientes de las diversas formas de medicamentos). Actualmente, sus aplicaciones, crean bastantes problemas éticos que hay que resolver previamente.

- Efecto nocebo (aparece en sujetos sugestionados, o cuando ya se han tenido experiencias

10 Mandamientos de la comunicación (Harold Koontz y Cyril O'Donnell)

1. *Clarificar ideas antes de comunicar: estar seguro previamente que conoces y sabes perfectamente lo que vas a comunicar.*
2. *Analizar el verdadero propósito de la comunicación.*
3. *Considerar con detalle el receptor en toda su amplitud: cantidad, conocimientos, experiencia.*
4. *Comentar con terceros si se considera apropiado.*
5. *Ser cuidadoso con el tono y la expresión.*
6. *Añadir valor al mensaje teniendo en cuenta lo que el receptor desea oír.*
7. *Seguimiento/feedback del proceso de comunicación.*
8. *Tratar de ser coherente involucrando el futuro con el presente actual.*
9. *La comunicación debe ser apoyada con acciones, es decir que no sea "humo".*
10. *Seguir la reacción del mensaje enviado, tratando de conocer la impresión causada para ejercer el seguimiento adecuado.*

negativas en los tratamientos con medicamentos u otros).

- **Síndrome de Groves** (los pacientes muestran en su relación, con los profesionales por efectos de cierta transferencia o mala gestión de la contratransferencia, actitudes y comportamientos hostiles sin llegar a padecer un proceso psiquiátrico. Hay que extremar la paciencia para evitar cometer errores y poder ser ocasión de alguna demanda que suelen darse en los posicionamientos paranoides).

Tener en cuenta el contexto de la relación entre profesional de la salud y el enfermo o lo que ha consistido en llamar modalidades de poder

(que poseen los profesionales de la salud y que ejercen con frecuencia). Serían estos:

- **Coercitivo:** quien lo ejerce es percibido como posible mediador en los castigos.
- **De premio:** si se le percibe como mediador en los premios.
- **Legítimo:** el agente es percibido como quien tiene derecho a prescribir la conducta.
- **Referente:** basado en la identificación con el agente del poder y en la atracción que ejerce sobre el otro.
- **Experto:** basado en la percepción de que el agente tiene un conocimiento o experiencia especial.

Aunque se pueda recurrir a cualquier modalidad, dependiendo de la situación concreta, resulta importante y más aconsejable, decantarse por el poder referente que tiene o debe seguir una serie de etapas (Rodin y Janis): establecimiento del poder referente; ejercer directamente el poder referente y mantenimiento del poder referente, cuando ya el sujeto ha sido capaz de internalizar las pautas indicadas y más adecuadas al tratamiento.

7/

Técnicas, estilos, métodos de intervención útiles para la comunicación.

Todo profesional que trabaja en el campo de la asistencia y de la salud ha de tener en cuenta y enmarcar (a sí mismo y al interlocutor) en un determinado estilo o forma de comuni-

LH n.328

6. Goleman, D.
<https://www.psicologia-online.com/estilos-de-liderazgo-segun-goleman-4269.html> Consultado 21.08.2020.

carse, cuyas variantes pueden verse en el cuadro adjunto. Asimismo es muy conveniente adoptar un determinado estilo en la línea de **Daniel**

Goleman⁶: coercitivo, orientativo, afiliativo, participativo, y capacitador.

Estilos de comunicación

	Inseguro	Asertivo	Agresivo
Cómo se define	No le respetan sus derechos. Se aprovechan de él. No consigue sus objetivos. Se siente frustrado, desgraciado, herido, ansioso. Inhibido (no expresivo). Deja al otro elegir por él.	Respeto los derechos del otro. Puede conseguir sus objetivos. Se siente bien consigo mismo, tiene confianza en sí mismo. Expresivo, directo. Elige por sí mismo.	No respeta los derechos del otro. Se aprovecha del otro. Puede alcanzar sus objetivos a expensas del otro. Denigrando, humillando al otro. Expresivo (directo o indirecto). Elige por el otro.
Actuación	Demasiado poco, demasiado tarde, nunca.	Lo suficiente, da las conductas apropiadas en el momento correcto.	Demasiado pronto, demasiado tarde.
Conducta verbal	Quizás, supongo, me pregunto si podríamos, te importaría mucho, solamente, no crees que...	Pienso, siento, quiero, hagamos ¿cómo podemos resolver esto? ¿qué piensas? ¿qué te parece?	Harías mejor en, haz, ten cuidado, debes estar bromeando, si no lo haces, no sabes, mal.
Conducta no verbal	Ojos que miren hacia abajo, voz baja, vacilaciones, gestos desvalidos, negando importancia a la situación, se retuerce las manos, risitas falsas.	Contacto ocular directo, nivel de voz convencional, habla fluida, gestos firmes, mensajes en primera persona, honesto, verbalizaciones positivas.	Mirada fija, voz alta, habla fluida rápida, enfrentamiento, gestos de amenaza, posturas intimidatorias, deshonesto.
Efectos	Conflictos interpersonales, depresión, desamparo, imagen pobre de uno mismo, pierde oportunidades, tensión, soledad, no se gusta a sí mismo ni a los demás.	Resuelve problemas, se siente a gusto con los demás, se siente satisfecho, se siente a gusto consigo mismo, relajado, se siente con control, crea y fabrica las oportunidades, es bueno para sí y para los demás.	Conflictos interpersonales, culpo, frustraciones, imagen pobre de sí mismo, hace daño a los demás, pierde oportunidades, se siente sin control, tensión, soledad, no le gustan los demás, se siente enfadado.

Huelga insistir en el manejo de determinadas técnicas de comunicación que siempre orientan y pueden conducir al éxito, en primer lugar du-

rante la entrevista valorativa y, posteriormente en el seguimiento de los procesos terapéuticos. Según cuadro adjunto:

Técnicas de comunicación.

Los cuatro objetivos y los cinco pasos principales para una entrevista

Objetivos	Cómo alcanzarlos	Factores dependientes del paciente
Las cuatro E: Enganchar Empatizar Educar "Enrolar"	El sistema CECE-R Contexto Escucha Comprensión Estrategia Resumen	Expectativas: Sobre la condición clínica esto es, ¿considera el enfermo que hay algo que va mal? Sobre el tratamiento es decir, ¿cómo será? ¿tendrá efectos secundarios? Sobre el resultado o sea, cuando esto termine ¿volverá todo a la normalidad?

Resultando del todo imprescindibles, entre otras, las recomendaciones propuesta por José Luis Bimbela (2004) al orientarnos mediante la

Estrategia cinco por cinco para la comunicación:

7. Cf. Marroquín, M (1991). La relación de ayuda en Robert R. Carkhuff. Bilbao: Mensajero.

8. Cf. Madrid, J. (2005). Los procesos de la relación de ayuda. Bilbao: Desclee de Brouwer S.A.

1. Cinco verbos para comunicar:

Preguntar
Escuchar
Empatizar
Reforzar
Sintetizar

4. Cinco emociones positivas que se debe fomentar:

Interés
Control de la situación
Confianza en el enfermo
Ilusión
Tranquilidad

2. Cinco factores que influyen en la conducta del enfermo:

Información
Emociones
Habilidades
Recursos
Consecuencias

5. Cinco automatismos que hay que frenar:

Generalizar
Etiquetar
Ver sólo lo negativo
Catastrofismo
Adivinar lo que el enfermo piensa

3. Cinco emociones que hay que desterrar:

Angustia
Impotencia
Rabia
Miedo
Frustración

Y por no resultar prolijos, sabiendo que no deseamos ser exhaustivos en esta exposición, recomendamos tener en cuenta elementos de relación de ayuda sea en la línea de Robert R.

Carkhuff (1991)⁷, o en otras posibilidades, según presenta Jesús Madrid (2005)⁸. Simplemente se adjunta la siguiente escala sobre la influencia en la escucha activa:

Escala Para Medir La Escucha Activa Según Carkhuff

Nivel 1: Muy inefectiva	Nivel 2: Bastante inefectiva	Nivel 3: Efectiva	Nivel 4: Bastante efectiva	Nivel 5: Muy efectiva
La información es imprecisa. No tiene nada que ver con lo que ha dicho el cliente. El profesional distorsiona el sentido del mensaje.	El profesional relaciona algún contenido con lo dicho por el cliente, pero la información más importante no la ha tenido en cuenta. El profesional no responde al contenido esencial de lo expuesto por el cliente.	El profesional precisa el contenido principal y esencial de lo que ha dicho el cliente. No distorsiona esencialmente lo dicho por el cliente.	El profesional da el contenido esencial del nivel 3, pero incluso añade más detalles.	El profesional ofrece un feedback del contenido y del sentimiento que corresponde con fidelidad e intensidad a lo que acaba de expresar el cliente.

8/

Consecuencias de una mala comunicación.

No deberíamos olvidar que la imagen corporal es integradora de nuestro ser y actuar conjugando los siguientes principios básicos en materia de comunicación:

1. Autonomía. La autonomía se define como capacidad de las personas de deliberar sobre sus fines personales, y de obrar bajo la dirección de esa deliberación.

2. Beneficencia. Obligación de no hacer daño. Incluye el principio de maximizar los beneficios posibles y disminuir los posibles daños para la persona.

3. Justicia. Equidad en la distribución de cargas y beneficios. Tratar a todos por igual, con equidad, sin discriminación. A uno mismo, también.

4. No maleficencia. Referencia al bien de la persona; dignidad humana; derechos humanos; la persona como ser social.

En una concepción integral de la persona, no se pueden admitir dualismos que actúan de manera individual. Una concepción holística es el punto de partida. El cuerpo es la base constitutiva del ser humano sobre la que se va construyendo la persona. Somos con nuestro cuerpo: el cuerpo es nuestra tarjeta de visita. Nuestro cuerpo es el soporte de nuestra ética. Por lo cual no deberíamos olvidar estos conceptos esenciales:

Personalidad (Allport): Es una organización dinámica en el interior del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos a su ambiente.

Personalidad (WHO): Pautas de pensamiento, sentimiento y conducta profundamente arraigadas que caracterizan: el estilo de vida y el modo de adaptación únicos de una persona y que son consecuencia de factores: constitucionales, del desarrollo y de la experiencia social.

Persona madura: Una persona madura, sería aquella que tiene una alta probabilidad de ser una persona activa, con múltiples inquietudes e intereses; aquella que tiene un alto grado de autoaceptación y de control sobre sus objetivos vitales, y ha desarrollado la capacidad de dar respuesta a las circunstancias -variables desafiantes- y disfrutar de ella (**Molpeceres, 1991**).

Características de madurez: Tolerancia ante frustraciones y ambigüedad de las situaciones, control del ansia y de la inseguridad, resistencia a las incitaciones, adaptación a situaciones nuevas, capacidad de autocontrol, comportamiento elástico y dúctil, aceptación del pasado, capacidad de dar y recibir, aceptación del sentido de culpa, capacidad de espera, poder de sublimación, toma de consciencia.

Las consecuencias de una mala comunicación se pueden traducir en estos rasgos o manifestaciones:

- Los enfermos se encierran en sí mismos.
- Se incrementa el temor y la ansiedad.
- Los profesionales se manejan más a través de la intuición.
- Los enfermos no siguen, de forma total o parcial, las prescripciones que reciben.

“La comunicación es considerada como una dimensión de la competencia de las profesiones sanitarias que tiene que ser enseñada, aprendida y evaluada”

9/

Comunicación presencial y online.

Señalamos muy brevemente, porque no debemos ignorarlas, estas dos formas de comunicación con sus ventajas e inconvenientes tanto en una como en otra.

La comunicación presencial en el campo de la atención y asistencia, ha sido hasta el momento la forma habitual de los comportamientos y actuaciones. Pero, no debemos obviar que los sistemas de comunicación online han venido para quedarse entre nosotros, y hemos podido comprobar que, en momentos de emergencia el ingenio ha sabido articularla de la mejor manera posible. En lo sucesivo, es posible que cada día abunde más por influencia de la mejora de las comunicaciones visuales y auditivas.

La ventaja de la consulta online es la accesibilidad. No sólo es más cómodo para los pacientes. Muchos de ellos viven lejos del centro y nos vemos obligados a darles citas con más distancia entre las mismas por esta causa.

Pero más importante, algunas enfermedades suponen en sí mismas problemas para acceder a la consulta. Por ejemplo, pacientes muy deprimidos no vienen a la consulta, pero si es online, lo hacen más frecuentemente... o en caso de que no se conecten, se les llama por teléfono y asisten a la consulta.

La desventaja es que se tienen menos herramientas para ayudarles, ya que el lenguaje no verbal es menos potente.

“No es tan importante cuando ya se ha estructurado una relación

terapéutica, pero es un factor que sí se aprecia en pacientes a los que no conocemos o que llevan poco tiempo en consulta” (Diego Urgelés).

9. Cf. Cómo dar malas noticias. Diario Médico 05.01.2004.

10/

Cómo dar malas noticias⁹.

Resulta importante tener en consideración estas pautas, cuando se tiene que comunicar algún diagnóstico o pronóstico que resulta inquietante, para quien lo transmite y para el que lo recibe. Así, es aconsejable seguir:

Al inicio de la entrevista:

- Usar siempre el nombre de pila del cliente.
- Lograr que el usuario tenga tiempo para hablar con el profesional de la salud.
- Buscar el lugar y tiempos más oportunos y adecuados según el caso concreto.
- No coger el teléfono ni permitir otra clase de interrupciones.
- Dar el diagnóstico en el despacho con la puerta cerrada.

Prestar mucho cuidado también al lenguaje verbal para conseguir:

- Atención: ¿Es capaz nuestro mensaje de atraer y mantener la atención del interlocutor?
- Comprensión: ¿Comprende el usuario el mensaje con facilidad?
- Relevancia personal: ¿Percibe el interlocutor que es importante para él?
- Credibilidad: ¿Merecen credibilidad el mensaje y el profesional sanitario que lo comunica?
- Aceptabilidad: ¿Existe algo en el mensaje que pueda ser ofensivo o inaceptable para el interlocutor?

LH n.328

10. Wray Herbert.
El riesgo de endulzar
las malas noticias.
Diario Médico
11.10.2006.

Y es imprescindible aceptar estas sugerencias para el final de la entrevista:

- Resumir la conversación.
- Enumerar los problemas presentados.
- Formular el plan de seguimiento.
- Indagar en las dudas y demandas del usuario.

En estas ocasiones no deberemos olvidar que cuando se desea endulzar las noticias¹⁰, los enfermos piensan en lo peor; en consecuencia mejor no emplear vocabulario de probabilidad (como **posiblemente**) al que se suele recurrir para salvar la cara del trabajo y del profesional. Dependerá, pues, de la gravedad de la enfermedad para evitar el “prejuicio de gravedad”, según **Bonneton**, que se interpreta como predicción real de riesgo. Cuando la amenaza es seria, no se cree la información del médico. Y ello es consecuencia de una mala comunicación. El empleo de **amortiguadores**, que sería mencionar riesgos de desarrollar ciertas enfermedades o sobre posibles efectos secundarios, no suele surtir efectos positivos.

Ante estas situaciones se hacen estas sugerencias: Cuando se comunican efectos secundarios derivados de tratamientos, hay que ser directos, no usar amortiguadores como probablemente, como hacen los prospectos de los medicamentos. Estos términos son nebulosos y el paciente no sabe si el profesional intenta salvar la cara o si el riesgo es grave. Incluso podría asumir las noticias de manera que le parecen peores de lo que en realidad son. Y las elecciones de tratamiento tomadas como resultado de tales malentendidos estarían desenfocadas.

“Aunque puede irse contra todos nuestros impulsos naturales, los profesionales de la salud necesitan olvidarse de las sutilezas sociales al hablar con los pacientes sobre el riesgo que corren”,

concluye Bonneton.

“Evitar palabras vagas, como posiblemente e indicar explícitamente el peligro real, puede no parecer agradable, pero es mejor que arriesgarse a matar un paciente con amabilidad”.

Bibliografía

Jovell Fernández, A.

La comunicación médico-paciente.

La visión desde ambos lados.

Bioética & debat, 2010; 16(60): 11-13.

Amado, A.

El best seller de los Gestos.

Valencia: Tetragrama, 1998.

Borda, M. (2001)

Hematofobia: Sincronía en el triple sistema de respuestas. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 6(3). 179-196.

Borda, M. (2001)

Hematofobia: Sincronía en el triple sistema de respuestas. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 6(3). 179-196.

Callejas & Grossi (2007):

https://www.researchgate.net/publication/317691362_Aplicacion_del_efecto_Pigmalion_en_el_Programa_de_Ingreso_PAACaP

Costa López, M.

Salud Comunitaria.

Barcelona: Martínez Roca, 1986.

▶ **Davis, F.**

La comunicación no verbal.

Madrid: Alianza Editorial, 1978.

▶ **Demory, B.**

Cómo dirigir y animar las reuniones de trabajo.

Bilbao: Deusto, 1993.

▶ **Fast, J.**

El lenguaje del cuerpo.

Barcelona: Kairós, 1994.

▶ **Fritzen, S.J.**

Ejercicios prácticos de dinámica de grupos (70).

Santander: Sal Terrae, 1984.

▶ **Lange, F.**

El lenguaje del rostro.

Barcelona: Miracle, 1992.

▶ **Gauquelin, M.**

La Psicología moderna:

Saber comunicarse.

Bilbao: Mensajero, 1979.

▶ **Gil Rodríguez, F. García Saiz, M.**

Habilidades de dirección en las organizaciones.

Madrid: Eudema, 1993.

▶ **Gilbert, D. Rozé, Y.**

Ejercicios para formación (52).

Madrid: Conorg S.A., 1992.

▶ **Goleman, D.**

<https://www.psicologia-online.com/estilos-de-liderazgo-segun-goleman-4269.html>
Consultado 21.08.2020.

▶ **Gomez-Pomar, J.**

Teoría y técnicas de negociación.

Barcelona: Ariel, 1991.

▶ **Gonzalez Simancas, J.L. Polaino Lorente, A.**

Pedagogía Hospitalaria.

Madrid: Narcea S.A. de Ediciones, 1990.

▶ **Musitu, G. et at.**

Psicología de la comunicación humana.

Argentina: I.C.S.A. San Isidro, 1993.

▶ **Peplau, H.**

Relaciones interpersonales en enfermería.

Barcelona: Científicas y Técnicas S.A., 1990.

▶ **Hostie R.**

Técnicas de Dinámica de Grupo.

Madrid: Publicaciones ICCE, 1976.

▶ **Watzlawick, Paul; Bavelas,**

Janet Beavin; Jackson, Don D.

Teoría de la comunicación humana.

Interacciones, patologías y paradojas.

Barcelona: Herder Editorial. 2002.

▶ **Watzlawick, Paul; Bavelas,**

Janet Beavin; Jackson, Don D.

Teoría de la comunicación humana.

Interacciones, patologías y paradojas.

Barcelona: Herder Editorial. 2002.

▶ **Craven-Bartle, J.**

Comunicación profesional en el ámbito de la fragilidad.

Bioética & debat, 2010; 16(60): 14-16.

▶ **Craven-Bartle, J.**
*Comunicación profesional
en el ámbito de la fragilidad.*
Bioética & debat, 2010; 16(60): 14-16.

▶ **Knapp, Mark L.**
*La comunicación no verbal.
El cuerpo y el entorno.*
Barcelona: Paidós, 1982.

▶ **Lain Entralgo, P.**
El cuerpo humano. Teoría actual.
Madrid: Espasa Universidad, 1989.

▶ **Albert, L. Simon, P.**
Las relaciones interpersonales.
Barcelona: Herder, 1979.

▶ **Madrid, J. (2005).**
Los procesos de la relación de ayuda.
Bilbao: Desclée de Brouwer S.A.

▶ **Mann, L.**
Elementos de Psicología Social.
México: Limusa, 1979.

▶ **Marroquín, M (1991).**
La relación de ayuda.
en Robert R. Carkhuff. Bilbao: Mensajero.

▶ **Miller, G.**
Psicología de la Comunicación.
Biblioteca Psicologías Siglo XX. Paidós.
Madrid. 1980.

▶ **O'Brien, M. J.**
*Comunicación y relaciones
en enfermería.*
El Manual Moderno. México. 1983.

▶ **Pastor Ramos, G.**
Conducta interpersonal.
Ensayo de Psicología Social Sistemática.
Salamanca: Universidad Pontificia, 1978.

▶ **Pease, A.**
El lenguaje del cuerpo.
Barcelona: Paidós, 1988.

▶ **Peitchinis, J.A.**
*La comunicación entre
el personal sanitario y los pacientes.*
Madrid: Alhambra, 1982.

▶ **Pisano, J.C.**
Dinámica de grupo para la comunicación.
Buenos Aires: Bonum, 1977.

▶ **Polaino-Lorente, A.**
Educación para la Salud.
Barcelona: Herder, 1987.

▶ **Raven, B.H. Rubin, J.Z.**
*Psicología Social:
Las personas y los grupos.*
México: Compañía Ed. Continental, 1981.

▶ **Rebel, G.**
El lenguaje corporal.
Madrid: Edaf Psicología, 1996.

▶ **Ricci Bitti, P. Cortesi, S.**
Comportamiento no verbal y comunicación.
Barcelona: Gustavo Gili, 1980.

▶ **Rice, A.K.**
Aprendizaje de liderazgo.
Barcelona: Herder. 1977.

▶ **Schein, Edgar H.**

Psicología de la Organización.

Madrid: Prentice / Hall, 1976.

▶ **Shaw, M.E.**

Dinámica de grupo.

Barcelona: Herder.

▶ **Lucien, A. Simon, P.**

Las relaciones interpersonales.

Barcelona: Herder, 1989.

▶ **Thiel, E.**

El lenguaje del cuerpo.

Barcelona: Elfos, 1993.

▶ **Wainwright, G.R.**

El lenguaje del cuerpo.

Madrid: Pirámide, 1987.

▶ **Wray H.**

El riesgo de endulzar las malas noticias.

Diario Médico 11.10.2006.

▶ **Clèries Costa, X.**

La comunicación en el ámbito de la salud.

Bioètica & debat, 2010; 16(60): 7-10.
