

Manual de Habilidades Comunicacionales

**para estudiantes de medicina
del primer trienio**



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



comisión sectorial
de enseñanza




HOSPITAL DE CLÍNICAS
Dr. Manuel Quintela

Manual de Habilidades Comunicacionales para estudiantes de medicina del primer trienio

Editores

Ana Galain
Mercedes Viera
Juan Jose Dapuzeto
Berta Varela



Índice de autores

María del Carmen Abreu Milán

Licenciada en Psicología
Diploma de Psicoterapia en Servicios de Salud
ExProfesora Adjunta del Departamento de Psicología Médica
Facultad de Medicina Universidad de la República

Ana María Bentancor Cabana

Licenciada en Psicología
Asistente del Departamento de Psicología Médica
Facultad de Medicina Universidad de la República

Sofía Castro

Licenciada en Psicología
Especialista en Psicoterapia Psicoanalítica AU-DEPP
Asistente del Departamento de Psicología Médica
Facultad de Medicina Universidad de la República

Pia Correas

Licenciada en Psicología
Especialista en Psicoterapia Psicoanalítica AU-DEPP
Diploma de Psicoterapia en Servicios de Salud
Diploma de Psicopatología en tempranos de Aix en Provence
Profesora Agregada del Departamento de Psicología Médica
Facultad de Medicina Universidad de la República

María de los Ángeles Dallo Campos

Licenciada en Psicología
Profesora Adjunta del Departamento de Psicología Médica
Facultad de Medicina Universidad de la República

Juan José Dapuelto

Profesor. Director del Departamento de Psicología Médica
Facultad de Medicina Universidad de la República
Doctor en Medicina – Doctor en Ciencias Médicas (ProlnBio)

Especialista en Medicina Interna y Psiquiatría
Integrante del Sistema Nacional de Investigadores de la ANII

Cecilia Durán

Licenciada en Psicología
Profesora Adjunta del Departamento de Psicología Médica
Facultad de Medicina Universidad de la República

Pablo Florio

Licenciado en Psicología
Asistente del Departamento de Psicología Médica
Facultad de Medicina Universidad de la República

Ana Inés Galain

Licenciada en Psicología
Diploma de Psicoterapia en Servicios de Salud
Profesor Adjunto del Departamento de Psicología Médica
Facultad de Medicina – Universidad de la República

Yamile Godoy Moraiz

Licenciada en Psicología
ExAsistente del Departamento de Psicología Médica
Facultad de Medicina Universidad de la República

Gracy Gómez

Licenciada en Psicología
Asistente del Departamento de Psicología Médica
Facultad de Medicina Universidad de la República

Ana Laura Hernández

Doctor en Medicina
Magíster en Medicina Familiar y Comunitaria
Profesor Adjunto del Departamento de Psicología Médica
Facultad de Medicina Universidad de la República

Martín Merlo

Licenciado en Psicología
Asistente del Departamento de Psicología Médica
Facultad de Medicina Universidad de la República

Natalia Morales

Doctora en Medicina
Residente de Psiquiatría
Ex_Asistente del Departamento de Psicología Médica
Facultad de Medicina Universidad de la República

María Otero

Doctora en Medicina
Profesora Adjunta del Departamento de Psicología Médica
Centro Nacional de Quemados (CENAQUE)
Facultad de Medicina Universidad de la República

Verónica Pérez Horvath

Licenciada en Psicología (Udelar)
Especialista en Atención Clínica (UFRGS, Brasil)
Magíster en Antropología Social (UFRGS, Brasil)
Asistente del Departamento de Psicología Médica
Facultad de Medicina Universidad de la República

Gisella Romero

Licenciada en Psicología
Asistente del Departamento de Psicología Médica
Facultad de Medicina Universidad de la República

Lucía Salgado

Licenciada en Psicología
Especialista en Psicoterapia Psicoanalítica de niños y adolescentes. Clínica Uno.
Asistente del Departamento de Psicología Médica
Facultad de Medicina Universidad de la República

Natalia Sánchez Borda

Licenciada en Psicología
Asistente del Departamento de Psicología Médica
Facultad de Medicina Universidad de la República

Maria Noel Silvariño

Licenciada en Psicología
Asistente del Departamento de Psicología Médica.
Facultad de Medicina Universidad de la República

Rosario Valdés

Licenciada en Psicología
Especializada en Psicología Perinatal
Licenciada en Comunicación
Diplomada en Promoción de Salud
Departamento de Psicología Médica
Facultad de Medicina Universidad de la República

Berta Varela

Licenciada en Psicología
Profesora Agregada del Departamento de Psicología Médica
Facultad de Medicina Universidad de la República
Diploma de Psicoterapia en Servicios de Salud
Psicoterapeuta Habilitante y Supervisor de Audepp

A. M. Mercedes Viera Azpiroz

Licenciada en Psicología
Profesora Adjunta del Departamento de Psicología Médica
Facultad de Medicina Universidad de la República

Agradecimientos:

Queremos agradecer al Profesor Dr. Gabriel Kaplún y a la Profesora Agregada Dra. Alicia Gómez por la asesoría y continua colaboración con este manual, así como también al equipo del Área de Comunicación Educativa y Comunitaria de la Facultad de Información y Comunicación de la Universidad de la República, en especial a las Prof. Dra. Alicia García y al Lic. Com. Alberto Blanco.

Agradecemos también por su colaboración, apoyo e ideas a las Profesoras Lic. Carla Francolino, Dra. Adriana Suárez, a la Dra. Laura Ramos y a la Asist. Lic. Laura Mastropierro.

Índice

Introducción	_____	10	La auto-observación.	_____	97
Sección 1. La comunicación humana	_____	15	La entrevista en medicina: Elementos esenciales de la comunicación para el desarrollo de una entrevista clínica efectiva.	_____	104
Algunos conceptos básicos sobre el enfoque interaccional de la comunicación.	_____	16	Características de la comunicación según la etapa del ciclo vital del paciente: Infancia, adolescencia y maternidad.	_____	113
¿Cómo me comunico con los demás?	_____	22	La comunicación con el adulto mayor.	_____	124
¿Qué es más importante, qué digo o cómo lo digo? La comunicación verbal y no-verbal.	_____	31	Paciente estandarizado: ¿Por qué se utilizan pacientes estandarizados en la formación médica?	_____	131
¿Que está sucediendo que es difícil comprendernos? Interferencias en la comunicación: Barreras y Filtros.	_____	37	Sección 3. Comunicación en grupos	_____	141
Sección 2. Entrevista	_____	47	El trabajo en grupo y el trabajo en equipo en el ámbito de la salud.	_____	142
Generalidades:			Comunicación equipo-niño-familia.	_____	148
¿Es posible aprender a realizar entrevistas? Conocimientos y destrezas básicas para realizar una entrevista.	_____	48	Sección 4. Comunicación comunitaria en salud	_____	157
¿Por qué hablamos de encuadre en una entrevista clínica?	_____	56	Comunicación con la comunidad.	_____	158
El rol en la práctica clínica.	_____	64			
La importancia de ponerse en el lugar del otro: la empatía.	_____	70			
Los vínculos en la práctica médica: Aprendiendo a generar un buen rapport con el paciente.	_____	76			
Escucha activa, escucha reflexiva y escucha empática: pilares para una atención centrada en el paciente.	_____	86			

Prólogo

El concepto de comunicación médico paciente es tan antiguo como la medicina; el valor de esta relación es tomada en las reflexiones de Hipócrates, Maimónides y en las antiguas escuelas de medicina.

En un primer momento de la historia y siguiendo a Lain Entralgo (1) en su obra La Relación Médico Enfermo, ésta se define como una relación en la que un ser humano presta ayuda a un ser humano que lo necesita. A posteriori se agrega una dimensión técnica a esta ayuda (el conocimiento médico). Se integra en los primeros momentos de la historia con un concepto moral aportado por bases religiosas (chamanes, sacerdotes, cristianismo primitivo, entre otras).

Más adelante en la historia, ese tipo de relación comienza a ser cuestionada. Durante la Revolución Industrial, la sociedad industrializada pone en cuestión el concepto de “medicina para pobres y medicina para ricos” generando acciones que conducen una medicina socializada en instituciones y, más recientemente en el siglo XX, se reclama el derecho del paciente a una completa información y el rechazo a una relación de tipo paternalista de la medicina con el usuario (2).

En épocas más recientes, se comienza a considerar la relación médico paciente como pasible de ser abordada e investigada de modo sistemático. Así, se llega a la noción de que es imprescindible para el ejercicio de la medicina lograr una comunicación de calidad con todos los actores que participan en atención a la salud.

El comprender y desarrollar la capacidad de comunicarnos en Ciencias de la Salud se transforma en un hecho ineludible para todos los actores, no solo para lograr la real comprensión de los eventos relacionados con el paciente, sino también para poder generar una adecuada interrelación con el equipo de salud.

El médico que quiere formar la Facultad de Medicina de la Universidad de la República contempla estos aspectos en su perfil, y la institución ha generado las acciones necesarias para lograrlo (3).

El acto comunicativo lleva implícito un componente ético, que tiene que ver con el lugar desde donde ubicamos al personal de salud y al usuario; este lugar también debe ser considerado al momento de establecer la relación.

El cuerpo de conocimientos vinculados al proceso de comunicación en ciencias de la salud ha venido incrementándose, con nuevas exigencias relacionadas al uso de avances tecnológicos como procedimientos terapéuticos, fármacos y nuevas situa-

ciones vinculadas con la enfermedad y el relacionamiento con las familias en este proceso. En nuestra Facultad el Departamento de Psicología Médica tiene una vasta experiencia en investigación y docencia en esta área.

El haber sistematizado esta experiencia, incluyendo las referencias teóricas en un formato apropiado para el aprendizaje de los estudiantes de medicina, es un logro de un proyecto colectivo de este departamento, destacándose el objetivo docente: mejorar las competencias de los estudiantes en esta área.

Pero este manual será también referente para los docentes de otras disciplinas sobre todo en el área clínica y no dudamos que se convertirá en bibliografía de referencia para los postgrados o cursos de educación permanente.

Ha sido un gusto trabajar como revisora en este manual, e ir apreciando como poco a poco se iba “amasando” entre todos los participantes y centrándose cada vez más en el objetivo primario, ser un material de uso por parte de los estudiantes, necesario para que estos alcancen una mejor comprensión del tema. Así fue pensado en su diseño. Creo por tanto que el objetivo está logrado. Queda ahora en manos de los “aprendientes”, lo que constituirá su prueba de fuego.

Dra. Alicia Gómez

Profesora Agregada del Departamento de Educación Médica
Facultad de Medicina, Universidad de la República
Marzo de 2015

1. Lain Entralgo P. La relación médico-enfermo: Historia y teoría. 1964 [citado 25 de febrero de 2015]; Recuperado a partir de: <http://www.cervantesvirtual.com/obra/la-relacion-medico-enfermo-historia-y-teoria/>
2. Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. An Sist Sanit Navar [Internet]. enero de 2006 [citado 25 de febrero de 2015]; 29:7-17. Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272006000600002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Plan de estudios de la carrera de Doctor en Medicina 2008. Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay. <http://www.bedelia.fmed.edu.uy/>

Mala letra, pero buen oído

Construir la relación médico-paciente, de eso se trata. O re-construirla, tal vez, porque hay que reconocer que ese vínculo no ha sido siempre tan cuidado como debiera, con múltiples consecuencias para la salud de los pacientes y la frustración de los médicos, por ejemplo cuando ven que aquellos no cumplen con sus indicaciones. Indicaciones que tal vez hubieran sido distintas si ese vínculo hubiera sido otro y si el médico hubiera podido escuchar mejor. O hubieran sido las mismas, pero encontrando el camino para que pudieran ser escuchadas por ese otro ser humano que pide ayuda y que es mucho más que un síntoma, una patología, un tratamiento.

La preocupación por esta delicada y compleja construcción y las pistas para lograrla atraviesan este manual de comienzo a fin. Aparece, por ejemplo, como uno de los objetivos principales de la entrevista clínica y uno de los ejes que la atraviesan. Porque ese vínculo se construye y afirma -o se daña y debilita- en cada momento de una conversación. También en esa conversación tan particular que es la consulta médica.

El otro eje que atraviesa el diálogo clínico, se dice en el texto, es el de la comprensión de la perspectiva del paciente, invirtiendo la lógica dominante del comunicar bien por la del comunicarse con el otro, empezando y terminando por la escucha. Porque ese otro es alguien al que vamos conociendo, en un proceso siempre un poco misterioso y sorprendente, en el que avanzamos a veces a tientas y a veces a ciegas. Pero menos a tientas y ciegas gracias a lo mucho que se ha investigado y pensado sobre la comunicación humana y que este manual en parte recoge.

Incorporar o reincorporar con fuerza la dimensión comunicacional a la formación médica resulta entonces un movimiento saludable para todos los que participan en la atención de salud, valga la redundancia. Para los médicos y otros integrantes de los equipos de salud, a los que ayudará a abrir sus oídos y entrenar su capacidad de diálogo. Y, claro está, para los pacientes / usuarios, que esperan la escucha y la palabra sensible del médico tanto o más que sus recetas.

El manual tiene también algunos capítulos finales sobre la comunicación en los equipos de salud y con la comunidad. Se trata de dos aspectos clave para pensar la atención a la salud hoy desde un enfoque preventivo y educativo y desde espacios más amplios y abiertos que el consultorio, donde muchos actores entran en diálogo. Estos capítulos son apenas primeras entradas a temas que esperamos se desarrollen mucho más en futuras ediciones.

Los médicos han hecho fama, y casi seña de identidad, de su mala letra. Después de leer y trabajar con este manual tal vez muchos futuros médicos no mejoren la letra, pero empiecen a tener buen oído. Que es el comienzo de toda comunicación.

Dr. Gabriel Kaplún

Profesor, Director del Instituto de Comunicación
Facultad de Información y Comunicación, Universidad de la República
marzo de 2015

Introducción

Dr. Juan J. Dapuzo

Profesor, Director del Departamento de Psicología Médica, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Una Medicina de excelencia, integrada al campo de las ciencias humanas, cuya misión sea procurar el mayor bienestar de la persona a través de promover la salud, prevenir la enfermedad, implementar terapéuticas y ofrecer cuidados continuos cuando el objetivo de restablecer la salud ya no es posible, requiere de un médico con un fuerte perfil humanista y con excelentes habilidades técnicas, éticas y comunicacionales.

El acto médico implica un campo comunicacional y relacional sumamente complejo que involucra al paciente, su familia, las instituciones en que se desarrolla, la relación con otros colegas, profesionales de otras disciplinas y con el entorno social y cultural. Para lograr que la práctica clínica sea efectiva, eficiente y satisfactoria para pacientes y médicos, el estudiante de medicina debe aprender a articular dos aspectos fundamentales: los científicos-técnicos y los comunicacionales-vinculares.

El plan de estudios vigente en la Facultad de Medicina desde el año 2008, ha propuesto el desarrollo de un proceso formativo progresivo que está fuertemente atravesado por la incorporación de los aspectos vinculares y la comunicación en todos los ámbitos de la práctica profesional.

A través de la incorporación de la enseñanza de habilidades comunicacionales a lo largo de la formación médica, tanto en el pregrado como en los estudios de posgrado, la Facultad de Medicina respondió a los requerimientos del sistema de acreditación de carreras de grado de la Facultad de Medicina en el Mercosur, Bolivia y Chile, Mecanismo Experimental de Acreditación (MEXA- hoy ARCU - SUR). Esto fue valorado positivamente por los pares evaluadores que visitaron la Facultad en el año 2012, visita que culminó con la renovación de la acreditación de la carrera de doctor en Medicina.

El rol del Departamento de Psicología Médica en la enseñanza de habilidades comunicacionales

El Plan de Estudios de 1968 (Plan 68), propuso la inclusión de aspectos psicológicos, sociales y antropológicos en la formación del médico. Este el plan, que fue pionero en el mundo en este y otros aspectos, vio rápidamente interrumpido su desarrollo por la intervención dictatorial. Durante el período de la intervención, la formación humanística del médico fue suprimida de raíz. Seguramente, un médico con un fuerte perfil humanista, social y ético no coincidía con la doctrina prevalente en ese momento.

Con el regreso de las autoridades democráticas, se creó el Departamento de Psicología Médica que, en cuanto a la docencia en el pre grado, puso énfasis en dos objetivos fundamentales: **1** - el adecuado manejo por parte del estudiante y futuro médico de la relación médico-paciente y **2** - en que el estudiante alcanzara una comprensión más global de los problemas de salud a través de la incorporación del diagnóstico de problemas psicosociales del paciente y su familia, con un enfoque de medicina centrada en el ser humano afectado por una dolencia y no exclusivamente en la enfermedad. Así, las estrategias docentes se enfocaron en la incorporación de destrezas, aptitudes y actitudes para un adecuado manejo de la entrevista clínica integral, la relación médico-paciente y el adecuado diagnóstico de problemas psicológicos y psicosociales de la práctica médica.

El Plan de Estudios de 2008 o Nuevo Plan de Estudios, apunta a la implementación de un programa de desarrollo profesional progresivo a lo largo de la carrera que, en forma paralela a la formación técnico-profesional de excelencia, procura el desarrollo de buenas prácticas profesionales y habilidades comunicacionales, asociado a una fuerte formación humanista y ética, de acuerdo con el perfil del egresado de la Facultad de Medicina.

La puesta en marcha de un programa de tal naturaleza no puede ser tarea de un único servicio docente sino que requiere la participación coordinada de todos los Departamentos y Clínicas involucrados en la formación del pre grado. Desde el Departamento de Psicología Médica hemos asumido nuestra contribución a este proyecto como un desafío, con gran entusiasmo y optimismo. A su vez que una gran oportunidad el poder sumar nuestros esfuerzos a esta gran iniciativa.

El trabajo en el proceso de enseñanza y aprendizaje de habilidades comunicacionales ya venía siendo trabajado por nuestro grupo desde hacía tiempo, en conjunto con otras Departamentos.

Sin embargo, a partir del 2008, esto se convirtió en un eje central de la docencia, sin por ello descuidar la formación en el adecuado manejo de problemas psicológicos y psicosociales que son competencia del médico general, tal como se venía haciendo.

El Plan 2008, no solamente implicó cambios en los objetivos y en los contenidos curriculares, sino que también requirió aplicar nuevas metodologías pedagógicas como, por ejemplo: el aprendizaje basado en problemas bajo la modalidad de trabajo en pequeños grupos, el aprendizaje horizontal y participativo con el docente como promotor y coordinador del proceso y no como mero proveedor o transmisor de conocimientos, el aprendizaje entre pares, la inclusión del tutor estudiantil como soporte para la enseñanza, un mayor desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación, así como la diversificación de los instrumentos de evaluación del aprendizaje con incorporación de nuevas modalidades. La evaluación global que hacemos de este proceso hasta este momento es muy positiva, a pesar de los obstáculos y dificultades que hubo que superar en las distintas etapas.

En nuestro Departamento, pensamos que hemos podido consolidar un equipo docente consustanciado con los objetivos y metodología del nuevo plan, que ha trabajado con gran motivación, entusiasmo y compromiso. Sin embargo, la enseñanza de habilidades comunicacionales no implica solamente coordinar actividades sino también

integrar y llevar adelante acciones conjuntas con docentes de otras disciplinas, en el entendido que las habilidades de comunicación y de relación humana se aprenden en el contacto directo con los pacientes, y que el rol modélico por excelencia para este aprendizaje debe ser ejercido por el docente de clínica, tanto en el primer nivel de atención como en el nivel hospitalario.

En este proceso, nuestra función combina la docencia directa con los estudiantes y el trabajo conjunto con docentes de clínica. En la docencia directa con los estudiantes, se le proporciona el marco teórico fundamental para la comprensión de la dimensión comunicacional y relacional de la práctica médica. Además, se llevan adelante talleres prácticos que promueven la adquisición de destrezas específicas de comunicación. Al inicio se trata de habilidades básicas y se avanza en la incorporación progresiva de habilidades comunicacionales de mayor complejidad. En cuanto al trabajo en conjunto con los docentes de clínica, se colabora en la incorporación de la perspectiva comunicacional en los talleres de habilidades clínicas que ellos tienen con los estudiantes.

Propósito y alcance de este manual

Nuestra actividad docente cobra sentido cuando propicia aprendizajes, y motiva o promueve las condiciones adecuadas para que este se produzca.

El objetivo de este manual es poner a disposición del estudiante de medicina un conjunto de herramientas teóricas y prácticas, que le sirvan de guía y apoyo en la adquisición de las habilidades básicas de comunicación durante el Primer Trienio de la carrera. De esta manera, esperamos facilitarle su interacción con las personas en la comunidad, durante el trabajo de campo del Ciclo Introductorio, y en sus primeros contactos con pacientes, durante el Ciclo Básico Clínico Comunitario.

Así, esta primera versión del Manual pretende ser una modesta contribución a la tarea de la formación médica que lleva adelante la Facultad. Deseamos que sea un aporte efectivo para el joven que comienza sus estudios, de modo que lo ayude a conservar las capacidades de comunicación adquiridas en el contexto familiar y social en el que se ha desarrollado y que, a su vez, lo ayude a incorporar nuevas habilidades específicas propias del accionar de la profesión.

Hemos considerado para este manual una serie de temas que abarcan En todos los capítulos hemos incluido ejemplos bajo la forma de situaciones clínicas breves, diálogos entre médico y paciente ofreciendo alternativas, y en algún caso, listados de aspectos o ítems a considerar, o pautas de evaluación de comunicación. Se incluyen además referencias sobre artículos o libros de texto dedicados a la comunicación en medicina y ciencias de la salud. En algún caso, hemos puesto los vínculos a sitios con videos para ser utilizado como ejemplos.

Si bien, por este manual está dirigido específicamente a los estudiantes de medicina, pensamos que muchos temas incluidos aquí pueden ser útiles para estudiantes de otras profesiones de la salud como las tecnologías médicas, enfermería, nutrición, u odontología. Entendemos que en estas profesiones, la comunicación es un instrumento tan importante como lo es para el médico y tendrán aspectos comunes, aunque también habrá que considerar otros específicos.

Pretendemos que este manual sea, además de una herramienta útil en nuestra práctica docente, también un aporte para los docentes de las disciplinas clínicas que son los

Mensaje a los lectores

Este Manual es el resultado del trabajo y la dedicación de un gran número de personas que han puesto sus mayores esfuerzos para que el resultado final sea satisfactorio para los lectores.

Más allá de ello, se trata de una propuesta a mejorar, por lo que está abierta a las críticas, comentarios y sugerencia de los lectores: de los estudiantes, sus principales destinatarios, así como de los docentes, médicos egresados y otros profesionales de la salud.

Les pedimos que nos hagan llegar sus reacciones, ya sea personalmente o por el medio que les resulte más cómodo. Nos comprometemos a que los canales de comunicación estarán abiertos para todos, y que nuestra escucha será atenta y reflexiva. El aforismo de la medicina, de origen muy antiguo, que dice: "curar a veces, aliviar a menudo, cuidar siempre", sigue estando vigente, aunque tal vez podría ser mejor reformulado como: "curar muchas veces; aliviar, cuidar y escuchar siempre".

Esperamos ser una contribución a este "escuchar" tan propio de la tarea del médico.

Sección 1

La comunicación humana

- Algunos conceptos básicos sobre el enfoque interaccional de la comunicación.
- ¿Cómo me comunico con los demás?
- ¿Qué es más importante, qué digo o cómo lo digo?. La comunicación verbal y no-verbal.
- ¿Qué está sucediendo que es difícil comprendernos? Interferencias en la comunicación: Barreras y Filtros.

Algunos conceptos básicos sobre el enfoque interaccional de la comunicación

Lic. Psic. Sofía Castro y Lucía Salgado

¿Qué es el enfoque interaccional de la comunicación?

El enfoque interaccional o sistémico de la comunicación es el propuesto por el Mental Research Institute (MRI), también denominado Escuela de Palo Alto, nombrado así debido a la ciudad donde está ubicado, en Palo Alto, San Francisco. Fue fundado en la década del 60 por el psiquiatra Don Jackson al que luego se sumaron representantes de distintas disciplinas como Gregory Bateson, Paul Watzlawick, Edward Hall, Erving Goffman, Ray Birdwhistell, Stuart Sigman y Albert Scheflen entre otros.

Su principal propuesta estaría en considerar a la comunicación desde un enfoque multidimensional. La comunicación vista como un fenómeno inherente a la relación humana que además depende del contexto donde se da a lugar la interacción. El eje central del enfoque estará entonces en las conductas comunicacionales cuyos objetos no son los individuos sino "las personas que se comunican con otras personas" (Watzlawick, 1971), priorizando el aspecto relacional de la comunicación sobre el contenido de la misma.

La comunicación es pensada entonces como un sistema abierto donde se dan a lugar diversos intercambios, como la energía que se mueve en los intercambios con su fuerza y tensiones, o las informaciones y significaciones que son transmitidas.

¿Cuáles son los principios de la Comunicación interaccional?

Se proponen tres principios básicos sobre la comunicación interaccional o sistémica:

1- Principio de totalidad: Si pensamos a la comunicación como un sistema cuyas partes están todas relacionadas entre sí, es inevitable pensar que si una de las partes se modifica se genere también un cambio en las otras partes y por lo tanto en el sistema total. Esto implica ver la comunicación como una "gestalt", lo que quiere decir que no es un sistema que se construya a partir de la mera suma de las partes sino que implica un nivel más complejo donde sus elementos están en constante interacción e intercambio. Como ejemplo podríamos tener la imagen de un caleidoscopio.



2- Principio de causalidad circular: Este principio remite al tipo de relaciones entre las partes. Propone que dicha relación no es unilateral sino que involucra acciones mutuas de intercambio circular constante y retroalimentación entre cada una de las partes.

3- Principio de regulación: Este último principio propone que no se puede dar a lugar una comunicación sin ciertas normas o convenciones mínimas que regulen la comunicación y den un equilibrio al sistema.

¿Cuáles son los cinco axiomas de la comunicación?

El axioma es una proposición que se considera evidente sin necesidad de verificación. Es a partir de axiomas que se construyen teorías que darán sentido a las observaciones.

Los cinco axiomas propuestos a continuación tienen origen en la observación de diferentes fenómenos de la comunicación. Estos permiten adentrarse en el estudio de la pragmática en la comunicación humana.

Por pragmática entendemos el estudio de la relación entre los signos y los contextos o circunstancias en que los comunicantes usan esos signos. Es el estudio de los principios que regulan el uso del lenguaje en la comunicación, es decir, las condiciones que determinan tanto el empleo de un enunciado concreto por parte de quien habla, en una situación comunicativa concreta, como su interpretación por parte de quien recibe dicho acto comunicativo.

Primer Axioma:
"Es imposible no comunicarse"

Como punto de partida se considera que toda conducta contiene un mensaje, este es la unidad mínima de comunicación. A su vez, esta conducta influye en el otro, que responderá con otra conducta que también contiene un mensaje. Este intercambio de mensajes es lo que se denomina interacción. Entonces podemos decir que toda conducta es comunicación. La comunicación no se define ni por su eficacia ni por su intencionalidad, aunque me lo proponga no puedo no comunicar. No hay posibilidad de no comportarse, no existe la no-conducta, por tanto no hay posibilidad de no comunicar. El silencio, la inactividad, la falta de atención al igual que las palabras, y la actividad siempre tienen valor de mensaje. Las personas darán significado a la conducta, y así construirán una interpretación.



A modo de ejemplo. En la imagen el hombre está comunicando que no tiene interés en entablar una conversación, al igual que Mafalda nos muestra su desagrado frente a la sopa.

Segundo Axioma:
"Toda comunicación tiene un nivel de contenido y un nivel relacional, tal que el segundo clasifica al primero y es por ende, una metacomunicación"

Una comunicación no sólo transmite información, sino que al mismo tiempo, impone conductas. Gregory Bateson diferencia entre los aspectos referenciales y conativos presentes en toda comunicación. El aspecto Referencial hace alusión a la trasmisión de la información, contenido del mensaje. Es lo que decimos. El aspecto Conativo refiere al tipo de mensaje debe entenderse que es, y por ende, se refiere a la relación entre los comunicantes. Puede definirse como metacomunicación, pudiendo aparecer en forma verbal ("es un chiste", "es una orden"), en forma no verbal (grito, risa, llanto), o contextual (en una clase en la universidad, en una fiesta de cumpleaños). El nivel de la relación tiene que ver con la forma en que transmitimos el mensaje y a quien lo dirigimos (quién y cómo). Ejemplo de esto es cuando si bien se dice lo mismo, es decir el aspecto del contenido es igual pero la forma es diferente y "el cómo" debe entenderse el mensaje es diferente. Una persona puede preguntar "¿Cómo estas?" como una convención social en un encuentro casual o realizar la misma pregunta a un amigo con interés en saber cómo se siente. El cómo debe interpretarse esta pregunta depende de la relación.



En la historieta podemos ver como lo que la madre pide a Mafalda que haga tienen carácter de orden por el hecho de cómo se ubican las mismas en la relación.

Tercer Axioma:
"La naturaleza de una relación depende de la forma de puntuar o pautar las secuencias de comunicación que cada participante establece"

En una interacción, una secuencia de intercambio de mensajes, los participantes introducen lo que Bateson y Jackson llaman "puntuación de la secuencia de hechos". La puntuación organiza los hechos de la conducta. Cada uno de los participantes puede creer que la conducta del otro es causa de su propia conducta y en cierta forma la explica. Cuando no se logra un acuerdo en la forma de puntuar una secuencia de hechos se vuelve una fuente de muchas dificultades en las relaciones interpersonales. Para ejemplificar podemos imaginar una pareja que uno plantea "grito porque tú nunca me escuchas" y el otro "no te escucho porque tú siempre gritas", esto puede repetirse incansablemente independientemente del contenido y da cuenta de una incapacidad para metacomunicarse. Es decir, de poder hablar acerca de su forma de comunicarse, de su manera de puntuar las secuencias.



Cuarto Axioma:

“Las personas utilizan tanto la comunicación digital como la analógica”

La comunicación en todo los casos consta de un componente digital (se transmite a través de símbolos lingüísticos o escritos, y será el vehículo del contenido de la comunicación) y el analógico (determinado por la conducta no verbal: tono de voz, gestos, postura corporal y será el vehículo de la relación). El componente digital alude al que se dice mientras que el analógico refiere al cómo se dice. La relación entre las palabras y las cosas están designadas de manera arbitraria, reposan sobre convenciones.

Sin embargo, en la comunicación analógica hay relación directa con lo que se quiere decir. La comunicación analógica refiere al contenido no verbal, pero no se limita únicamente a los movimientos corporales también incluye: la postura, los gestos, la expresión facial, el ritmo, cadencia, secuencia, etc. Para ejemplificar podemos imaginarnos en un país donde desconocemos el idioma con un fuerte dolor de cabeza, probablemente no podremos llamar por teléfono a una farmacia para conseguir medicación porque va a ser muy difícil poder transmitir lo que nos pasa, sin embargo es esperable que si nos dirigimos a la farmacia utilizando otros recursos podamos transmitir lo que deseamos. El cine mudo es un ejemplo de lo dicho anteriormente, el director logra transmitirnos una idea utilizar lenguaje digital.

Estos dos componentes están comprometidos en toda comunicación complementándose mutuamente, podemos decir que generalmente el contenido se tramite de forma digital, mientras que la relación se expresa predominantemente en el componente analógico.



Quinto Axioma:

“Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia”

Los conceptos de complementariedad y simetría se refieren a dos categorías básicas en las que se puede dividir a todos los intercambios comunicacionales. Los participantes se relacionen simétricamente en algunas áreas y de manera complementaria en otras, determinando así los roles de cada uno.

La relación complementaria (asimétrica) hay dos posiciones distintas. Muchas veces esto está pautado por el contexto cultural, como puede ser la relación madre e hijo, médico y paciente, profesor y estudiante, patrón y empleado. Es a destacar que los participantes de la relación presuponen la conducta del otro. La relación simétrica está basada en la igualdad: como la relación que se establece entre hermanos, amigos, marido y mujer. Dentro de este tipo de relación existe el peligro de la competencia o rivalidad.

Referencias Bibliográficas:

Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (1971). Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas. Buenos Aires. Argentina. Ed. Tiempo Contemporáneo.

¿Cómo me comunico con los demás?

Lic. Psic. Gracy Gómez

¿De qué trata este capítulo?

El hombre posee la capacidad heredada de los animales, de enfrentarse a todo tipo de problemas mediante la reacción de la huida o el ataque. La evolución fortaleció una tercera forma de enfrentar las dificultades que se nos plantean en el mundo social: la comunicación verbal (1). “Se nos ofrece la oportunidad de hablar con los demás y resolver de ese modo lo que nos preocupa” (Smith J., 1977). No obstante, no todas las personas pueden comunicarse en una forma “socialmente habilidosa”, esto es, “asertiva” (2).

Este capítulo está destinado a mirar la forma en que nos comunicamos, con la idea de que podamos desarrollar las capacidades de ser consciente de nuestro propio estilo de comunicación y del estilo de los demás.

El objetivo práctico que buscamos, es contribuir al establecimiento de relaciones asistenciales organizadas sobre la base de una comunicación más eficaz. Mejorar nuestras habilidades personales de comunicación, es mejorar nuestra capacidad de autocontrol y el empleo de la escucha activa-reflexiva (capítulo XXX); incorporando comportamientos asertivos que permiten hacer frente a las circunstancias que dificultan el proceso de comunicación (3).

Distinguir cual es tu estilo predominante de comunicación, te permitirá acercarte a un estilo más asertivo.

Identificar el estilo de comunicación de tus interlocutores, te ayudará a entenderlos mejor y manejar en forma más eficiente y eficaz tus interacciones comunicacionales como profesional de la salud en la clínica, pero también a nivel de todas tus relaciones sociales. Por efecto del principio de generalización del comportamiento humano, el desarrollo de habilidades comunicacionales en un ámbito de la vida social, necesariamente repercutirá en el desarrollo de habilidades de comunicación en el resto de los ámbitos sociales (4).

¿A qué nos referimos cuándo hablamos de estilos de comunicación?

Desde un enfoque cognitivo-conductual, los estilos de comunicación, son conductas, o sea, son:

“... conjuntos de comportamientos externos, emociones, pensamientos, etc. que posee una persona en las situaciones a las que se enfrenta”.

Castanyer, O. (1996)

Las características que exhiben las relaciones humanas, están determinadas por el estilo de comunicación interpersonal, que detentan las personas (Van-der Hofstadt, 2004) (5).

Leyva y Loicell afirman que: “ cada persona posee un estilo de comunicación determinado, que lo identifica y matiza sus relaciones con los demás, determinando el nivel de efectividad en su comunicación interpersonal, lo cual se torna decisivo en aquellas profesiones en que la comunicación constituye un arma vital y una cualidad profesional” (6).

En los encuentros clínicos, los estilos de comunicación tanto de los pacientes como de los profesionales, hacen a las características que adquieren dichas relaciones. Debido a nuestro estilo de comunicación, podemos exhibir comportamientos que obstaculizan la comunicación, y esto se debe a la falta de habilidades comunicacionales, a determinadas actitudes, creencias o valores.

¿Qué estilo de comunicación pueden exhibir las personas?

Suelen clasificarse como (Van-der Hofstadt, 1999):

Asertivo	Pasivo o Inhibido	Agresivo	Pasivo-agresivo
----------	-------------------	----------	-----------------

Los estilos de comunicación van a estar determinados por las características que adquieren los elementos verbales, para-verbales y no-verbales de los intercambios comunicativos.

En una comunicación cara a cara, o sea donde ambos interlocutores se están viendo, la comunicación tiene un componente digital (aquello que se transmite a través de símbolos lingüísticos o escritos) y uno analógico (determinado por la conducta no verbal: tono de voz, gestos, postura corporal). El “qué” comunico y el “cómo” comunico, adquieren características diferentes de acuerdo al estilo de comunicación personal.

Las personas tendrían la tendencia hacia alguno de estos estilos pero no existirían los “tipos puros” (7). Si bien hay un estilo de comunicación que predomina en cada uno de nosotros, una misma persona puede exhibir diferente estilo de comunicación en diferentes áreas (familiar, laboral, académica, de pareja) e incluso en diferentes momentos (cansada, estresada, angustiada, alegre). Todos podemos ser asertivos en algunas situaciones, pero tímidos o agresivos en otras.

En los párrafos siguientes, formularemos algunas apreciaciones generales acerca de los diferentes estilos de comunicación, en lo que hace a las características que los singularizan.

¿Cómo se comporta una persona que exhibe un estilo de comunicación asertivo?

“Las personas asertivas conocen sus propios derechos y los defienden, respetando a los demás, es decir, no van a “ganar”, sino llegar a un acuerdo”.

Castanyer, O. (1996)

Actuar asertivamente significa expresar lo que se quiere y desea de un modo directo, honesto y adecuado; teniendo en cuenta los sentimientos y creencias de los demás. Es un estilo que ayuda a los individuos a realizar sus objetivos interpersonales sin sacrificar sus futuras relaciones.

Las personas con este estilo de comunicación, saben escuchar, son flexibles pero pueden establecer límites, dan cuenta de un buen nivel de autoestima (no se sienten inferiores ni superiores a los demás), un grado adecuado de satisfacción en las relaciones con los otros y una sensación de control sobre sí mismos.

Características que hacen a los diferentes componentes de la comunicación asertiva:

Componente NO-VERBAL	Buen contacto visual. Postura relajada y firme.
Componente PARA- VERBAL	Voz fuerte y firme.
Componente VERBAL	Lenguaje directo, sin ambigüedades. Describe las situaciones sin adjetivos. No prejuzga el comportamiento de los demás. Evalúa la conducta, establece observaciones. Pregunta por alternativas.

Si trasladamos esas conceptualizaciones al campo de la experiencia clínica, el paciente que presenta un estilo de comunicación asertivo, buscará transmitir con claridad lo que le ocurre. Escuchará con atención lo que el otro le dice. Planteará sus dudas.

Colaborará activamente en la recuperación o mantenimiento de su estado de salud. En tanto el médico con un estilo de comunicación asertivo, se centrará en el paciente y personalizará su atención. Mantendrá un adecuado contacto visual y dejará que el paciente hable sin interrumpirlo. Generará confianza. Describirá claramente la situación del paciente. Evitará la confrontación. Escuchará con atención la perspectiva del paciente. Negociará la agenda y los tratamientos. Aclarará las dudas y resumirá los pasos a seguir.

Para poder identificar con mayor claridad el estilo de comunicación asertivo y poder reflexionar acerca de sus características, los invitamos a ver los siguientes materiales audiovisuales:

Material	Personaje
“Signs” Link: http://www.youtube.com/watch?v=-nrEm9KMV7I	Stacey
“Ejemplo de eficaz comunicación” Link: http://www.youtube.com/results?search_query=comunicación+efectiva&sm=1	Aspirante a bibliotecario
“Manos Milagrosas” Link: http://www.youtube.com/watch?v=DcHJGkrxdQs	Dr. Ben Carson

¿Cómo se comporta una persona que exhibe un estilo de comunicación pasivo o inhibido?

Las personas que presentan un estilo de comunicación inhibido, “No defienden sus derechos e intereses personales. Respetan a los demás, pero no a sí mismos”.

Castanyer, O. (1996)

Suelen ser personas que muchas veces se sienten inseguras, sin saber que hacer o que decir. Acompañando su estilo, pueden presentar baja autoestima, ansiedad, frustración o sentimientos de culpa. Muestran una tendencia excesiva a adaptarse a reglas externas y confían más en los demás que en sí mismos.

Características que hacen a los diferentes componentes de la comunicación inhibida:

Componente NO-VERBAL	Poco contacto visual. Postura encogida. Manos húmedas. Movimientos nerviosos de manos y pies. Cara y cabeza orientados al suelo.
Componente PARA- VERBAL	Voz baja y débil.
Componente VERBAL	Usa palabras de relleno: ¿eh?, ¿no es cierto?. Anuladores: “en realidad no es tan importante”, “no estoy seguro”.

En el ámbito asistencial, podemos encontrar un paciente que se comportará tímidamente, evitando el contacto visual. Hablará poco y posiblemente brinde escasa información. Se disculpará continuamente. Evitará preguntar. Adoptará una postura más dependiente frente al médico y posiblemente una actitud pasiva frente a su salud. En el caso de un médico con un estilo de comunicación inhibido, estará más expuesto a que el paciente maneje la situación. Posiblemente se involucrará afectivamente en exceso. Le resultará muy difícil transmitir malas noticias, o tomar decisiones o hacer recomendaciones que puedan molestar al paciente.

Te propongo los siguientes materiales ilustrativos del estilo de comunicación pasivo o inhibido:

Material	Personaje
"Signs" Link: http://www.youtube.com/watch?v=-nrEm9KMV7I	Jason
"Mi vida sin mí" Link: http://www.youtube.com/watch?v=a5a3D2aj43Y	Médico

¿Cómo es una persona que exhibe un estilo de comunicación agresivo?

"Defiende en exceso sus derechos e intereses personales, sin tener en cuenta los de los demás".

Castanyer, O. (1996)

Suelen ser personas extremadamente demandantes, y exigen un cambio en la conducta de su interlocutor usando intimidación, sarcasmo e incluso apelando a la violencia física. No les es fácil escuchar, tienen mucha dificultad para ver el punto de vista de los demás, interrumpen, buscando monopolizar la conversación. Generalmente provocan el rechazo o la huida por parte de los demás. También pueden generar una conducta de "círculo vicioso" forzando a los demás a ser cada vez más hostiles y así aumentar ellos cada vez más su agresividad.

Características que hacen a los diferentes componentes de la comunicación agresiva:

Componente NO-VERBAL	Mirada directa sin interrupciones. Postura corporal erguida y hacia delante. Movimientos con las manos bruscos y amenazantes. Expresión facial tensa y ceño fruncido.
Componente PARA- VERBAL	Tono de voz muy alto, imperativo y rápido.
Componente VERBAL	Interrumpe. Monopoliza la conversación. Puede utilizar insultos y amenazas.

En el ámbito clínico, se observará a una persona enojada pudiendo llegar a ser violenta en determinadas circunstancias. Intentará dirigir el encuentro y manipular al médico para obtener lo que quiere. Pondrá en duda la efectividad de las indicaciones y ante cualquier discrepancia amenazará con denuncias. En el caso de un médico con un estilo de comunicación agresivo, resultará cortante. Evitará el contacto visual. Utilizará un tono de voz fuerte y hará gestos negativos. Se mostrará enojado o molesto. Rehusará responder las preguntas del paciente. Juzgará y pondrá en evidencia sus prejuicios. Adoptará una actitud autoritaria que no favorecerá la autonomía del paciente.

En el caso del estilo de comunicación agresivo, van a resultarte útiles los siguientes materiales:

Material	Personaje
"Ejemplo de eficaz comunicación" Link: http://www.youtube.com/results?search_query=comunicación+efectiva&sm=1	Entrevistadora
"El Doctor" Link: http://www.youtube.com/watch?v=khWp4HsczMk	Médico (Primera parte)

¿Cómo es una persona que exhibe un estilo de comunicación pasivo-agresivo?

José Navas, define la comunicación pasivo-agresiva como una combinación del estilo pasivo y agresivo, que normalmente se puede conocer como "agresión oculta" (Navas J., 1997). Estas personas utilizan indirectamente la hostilidad, en formas socialmente aceptables y con una motivación aparentemente amistosa. Las personas pasivo-agresivas suelen utilizar métodos sutiles e indirectos: ironías, sarcasmos, indirectas. Puede ser definida en forma coloquial como una persona que "Tira la piedra y esconde la mano" (8).

Características que hacen a los diferentes componentes de la comunicación pasivo-agresiva:

Componente VERBAL	Evita la confrontación directa. Utiliza las indirectas, el sarcasmo, la ironía.
componente NO VERBAL	En contradicción con la conducta verbal.

Este estilo de comunicación suele ser más difícil de identificar, pues como se ha dicho, el que lo presenta tiene una postura de abierta conformidad con lo que está pasando. Probablemente la mejor manera de detectarlo es percibir las contradicciones que genera en el otro su actitud. Parece estar agradando y satisfaciendo con sus dichos pero el interlocutor se siente molesto y agredido con "algo" de lo que se está poniendo en juego en ese encuentro.

Para el estilo de comunicación pasivo-agresivo puedes ver:

Material	Personaje
“El retrato de Dorian Gray” Link: http://www.youtube.com/watch?v=AcXHZLafPDY	Lord Henry Wotton

Los estilos de comunicación en el equipo médico de salud

En los últimos tiempos distintas organizaciones sanitarias, se han interesado en valorar y actuar sobre distintos aspectos organizacionales con el fin de mejorar el relacionamiento intra-institucional y brindar una mejor calidad asistencial. En base a estas valoraciones, se han puesto de manifiesto comportamientos y conductas dentro de los miembros de los equipos de salud que se han nombrado como “disruptivas”.

Para La American Medical Association, éste es “un estilo de interacción con otros médicos, personal, pacientes, familiares u otras personas, que interfiere con la atención y el cuidado del paciente dentro un modelo crónico y repetitivo. Excluyéndose de esta definición algún exabrupto ocasional o la crítica ofrecida en buena fe”. (AMA, Joint Commission, 2008).

Este estilo agresivo de comunicación entre los miembros del equipo, estaría incluyendo actitudes como: comentarios racistas, étnicos o sexistas, comentarios rudos en voz alta, intimidación, lenguaje ofensivo, sarcasmo ofensivo o cinismo, amenazas de violencia o litigio, acoso sexual o exigencias de un trato especial, así como también incluye comportamientos como podrían ser: arrojar instrumentos.

Aunque también se hablan de actitudes pasivas, que incluirían: la resistencia o negativa a desempeñar tareas o responder a preguntas, la demostración de actitudes no cooperativas durante las actividades habituales, no devolver las llamadas telefónicas, usar un lenguaje condescendiente, o la impacientarse frente a preguntas del otro (9).

Por lo dicho, se han reconocido varios tipos de comportamientos disruptivos en algunos equipos de salud, los cuales no necesariamente son siempre de tipo agresivo. La siguiente figura esquematizaría lo dicho (10).

Para finalizar

- Los estilos de comunicación dan cuenta de la forma en que las personas se comportan en las interacciones sociales.
- El estilo de comunicación asertivo se da en personas que muestran un desarrollo adecuado de las habilidades de comunicación.
- Los estilos de comunicación inhibido, agresivo o pasivo-agresivo, dan cuenta de personas con escasas habilidades sociales.
- Utilizar el concepto de estilos de comunicación como una herramienta, para identificar nuestro propio estilo de comunicación como el de los demás, permite entender algunas de las barreras que pueden presentarse en los encuentros clínicos, contribuyendo a mejorar el resultado de los mismos.

EJERCICIO PRÁCTICO Acerca De Los Estilos De Comunicación

El siguiente ejercicio puede ayudar a la auto-reflexión sobre los distintos estilos que habitualmente usamos al comunicarnos con otros.

A continuación verás una serie de afirmaciones que usualmente una persona podría decir.

¿Con cuál de estas expresiones te identificarías tú?

¿A que estilo de comunicación se refiere cada una?

¿Dentro de las que tú identificaste como tuyas, cual sería el estilo predominante?

1. Expreso lo que siento.
2. Tengo miedo de herir a los demás con mis comentarios.
3. Si alguien piensa diferente a mi, es porque está equivocado.
4. No me gusta enojar a los demás.
5. No suelo preguntar lo que quiero saber para no incomodar.
6. No temo en expresar una opinión diferente.
7. Impongo casi siempre mi punto de vista.
8. Ante una crítica pienso que el otro tiene razón y soy yo el que fallo.
9. Ante una crítica siempre pienso que el otro está equivocado.
10. Tengo fama de no comprometerme con las cosas.
11. Puedo aceptar una crítica en forma constructiva.
12. Adopto una conducta pasiva frente a los problemas.
13. Frente a los problemas intento encontrar soluciones.
14. No tengo problema en aceptar las ideas de los demás cuando las encuentro adecuadas.
15. Suelo utilizar la ironía y el sarcasmo en mis interacciones comunicacionales.
16. Cuando cometo errores suelo tomarlos como fuente de aprendizaje.
17. Cuando alguien no se comporta como yo quiero utilizo la amenaza.
18. Puedo mirar a los ojos a mis interlocutores.
19. Si algo me molesta me callo y no digo nada.
20. Puedo expresar mis discrepancias.
21. Me doy por vencido fácilmente.
22. Cueste lo que cueste, consigo lo que quiero.
23. Suelo estar en contra de todo y a favor de nada.
24. Suelo tomar la iniciativa y luego me arrepiento.

Referencias Bibliográficas:

- (1) Smith, M.J. (2003). Cuando digo no, me siento culpable. Barcelona, España: Nuevas ediciones de bolsillo.
- (2) Castanyer Mayer-Spiess, O. (2013). La asertividad. Expresión de una sana autoestima. Bilbao, España: Desclée de Brouwer S.A.
- (3) Van-der Hofstadt, C. J. & Navarro, F (2004). Las habilidades de comunicación como elemento básico en la formación del médico. Semergen. Vol 30, N°11:552-6.
- (4) Petit, C. & Graglia, S. (2004). Introducción a la psicología social para estudios de turismo. Córdoba, Argentina: Editorial Brujas.
- (5) Van-der Hofstadt, C. J. (1999). Habilidades de comunicación aplicadas. Guía para la mejora de las habilidades de comunicación personal. Valencia, España: Promolibro.
- (6) Leyva, E & Loicell, R. (2011). Programa de superación dirigido al perfeccionamiento del estilo de comunicación de los maestros de la educación primaria. Cuba. Recuperado de EUMEDNET (Enciclopedia virtual): <http://www.eumed.net/libros-gratis/2011a/933/index.htm>.
- (7) Watzlawick, P. Beavin, J. & Jackson, D. (1971). Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas. Buenos Aires. Argentina: Tiempo Contemporáneo.
- (8) Navas-Robledo, J.J. (1998). Modificación conductual y disciplina asertiva: un manual de procedimientos para maestros, padres, profesionales. San Juan, Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas.
- (9) Joint Commission (2008). Model Medical Staff Code of Conduct. AMA (American Medical Association). Recuperado en http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_40.PDF
- (10) Godino, M., Bagnulo, H., Barbato, R., Sposito, P & Porcides, F. (2010). El comportamiento médico disruptivo (Cuándo el silencio puede matar). Florida, Uruguay: El diario médico. DM. Año XIII, N°124: 4-5.

¿Qué es más importante, qué digo o cómo lo digo? La comunicación verbal y no-verbal

Lic. Psic. Cecilia Durán

El proceso de comunicación entre dos o más personas se establece a través de la comunicación verbal y no verbal. La manera que se combinan entre si ambos tipos de comunicación, tanto sea en concordancia o en contradicción, determinarán la forma en que los mensajes son decodificados y comprendidos.

La comunicación verbal y su relación con los elementos no verbales

La comunicación verbal consiste en la trasmisión de mensajes a través de la palabra. Puede transmitirse de forma oral por medio de la palabra hablada, en forma escrita a través de signos gráficos o a través del lenguaje de señas.

La comunicación no verbal complementa la emisión del mensaje a través de la gestualidad y los elementos paraverbales. El tono de voz, el ritmo y cadencia ayudan a enfatizar su intención.

La comunicación no verbal puede, apoyar, complementar, contradecir o sustituir la comunicación verbal. Algunos ejemplos:

Apoyar:

"Me encuentro muy enojado con esta situación", golpeando el puño contra su escritorio, frunciendo el seño, apretando los dientes, postura corporal hacia adelante.

Complementar:

"Estoy preocupado por la salud de mis padres", llevando las manos a la cabeza, mirada fija, hombros caídos.

Contradecir:

“No me encuentro triste, ni desganado”, con un tono de voz suave y casi silenciosa, mirada triste, hombros caídos.

Sustituir:

Ante una situación de amenaza, silencio, mirada de terror, retracción y temblor corporal.

Autores como Van der Hofstadt (1999), subdividen la emisión del mensaje e incluso atribuyen porcentajes a las diferentes partes. Dentro del proceso global de comunicación los elementos no verbales (cuarenta por ciento), junto con los para-verbales (cuarenta por ciento) poseen un peso de un ochenta por ciento respecto a los elementos verbales. A pesar de esto, tanto el contenido (verbal) como la forma (no verbal, para-verbal) integran un mismo mensaje (1).

La comunicación no-verbal

La comunicación no verbal se manifiesta a través de la gestualidad y del lenguaje corporal (**cinésica**), que se refiere al significado expresivo de los movimientos del cuerpo, que incluye: la expresión facial, los gestos, los movimientos del cuerpo, la postura y los movimientos de manos y pies. También entendemos como comunicación no verbal a la apariencia física, olores, conducta visual, arreglo personal, vestimenta, uso de accesorios, la conducta táctil y los silencios.

Todos estos elementos dan información acerca del estado mental y de las emociones de las personas, el estado del cuerpo y de sus actitudes.

Durante el proceso comunicacional es importante tomar en cuenta el contexto en que se dan los mensajes verbales y no verbales, ya que dependen del mismo para su interpretación. Resulta difícil controlar todos los aspectos de la comunicación no verbal, ya que se realiza en gran medida de forma involuntaria. Por lo tanto se considera importante el entrenamiento en la auto-observación.

Otra forma de comunicación no verbal es la comunicación para-verbal o **paralingüística**. Este tipo de comunicación se relaciona con el contenido emocional y relacional del mensaje y también con los aspectos de la personalidad del emisor y sus estilos comunicacionales.

Son los elementos comunicacionales que acompañan a la palabra: tono de voz, timbre, fluidez verbal, claridad del mensaje, velocidad del habla, pausas o silencios. Este tipo de comunicación hace referencia al “cómo” se trasmite el mensaje.

En tercer lugar se encuentran los elementos de la comunicación no verbal asociadas al medio ambiente, llamados **proxémicos**. La proxémica analiza como las personas utilizan y perciben el espacio físico de su alrededor, el uso y percepción del espacio social (social y público) y personal (personal e íntimo) (foto c1 anexo). A su vez la **cronémica**, se refiere a la actitud respecto al tiempo que manejamos cotidianamente, por

ejemplo como lo distribuimos en nuestras actividades cotidianas, o a la utilización de las pausas durante la transmisión o recepción de los mensajes. Por último la **diacrítica** es otro elemento de comunicación no verbal, referente a una forma simbólica que manifiesta identidad grupal e individual, como el tipo de vestimenta, el uso de marcas, los accesorios, o algún distintivo religioso (hablo como un doctor, hablo como un pastor, hablo como un político) (2).

Paul Ekman y Wallace Friesen (1969) hablan respecto al origen de la comunicación no verbal, y señalan la existencia de tres tipos de orígenes: el primero tiene que ver con la relación entre ciertos eventos y la actividad no verbal que se construye en el sistema nervioso de cada especie, el segundo tipo tiene que ver con la experiencia en común de todos los miembros de una misma especie y un tercer tipo se relaciona con la experiencia que varía entre las distintas culturas, grupos, familias e individuos (3). Estos autores elaboraron un modelo de clasificación en cinco categorías respecto a la conducta no verbal (4). Describen cada una de ella de la siguiente manera:

Ilustradores:

Son actos no verbales que acompañan, ilustran, acentúan, enfatizan una palabra o una frase. Ayudan a la comunicación verbal. Cualquier movimiento corporal realizado durante una comunicación verbal es un ilustrador. Se producen en general con el movimiento de manos, la postura corporal, los gestos o las faciales.

Muestras de afecto:

Los estados afectivos se presentan a predominio de gestos faciales, por ejemplo alegría, tristeza, rabia. Otro elemento no verbal presente en las muestras de afecto es la postura y el movimiento corporal. En algunos momentos puede reforzar, contradecir o no tener relación con la expresión del afecto verbal.

Reguladores:

Son hábitos que se presentan en un proceso de comunicación casi en forma involuntaria. Indican a la persona que habla que lo estamos escuchando, que continúe, que vaya finalizando su turno de hablar. El mantener contacto visual o disminuirlo, movimientos de la cabeza, afirmando o negando.

Adaptadores:

Son conductas no verbales que se desarrollan en la niñez y que su función se relaciona con “esfuerzos de adaptación para satisfacer necesidades, cumplir acciones, dominar emociones, desarrollar acciones sociales”. Son ejemplos de ellos:

- Rascarse, frotarse, apretarse (asociado a la hostilidad y agresividad desplazada hacia si mismo) o Taparse los ojos (asociado a la vergüenza y la culpa).
- Movimiento de manos y pies (considerados como indicadores de ansiedad).

La Barre (1985) plantea que para el desarrollo de las habilidades verbales y no verbales se necesita: **motivación** para la mejora de las mismas; **actitud** hacia el aprendizaje de dichas habilidades; **conocimiento** de las mismas y **práctica constante** con su consecuente retroalimentación al practicarlas (5).

Atender a la comunicación no verbal en la práctica médica.

En la entrevista médica se destaca la importancia en primer lugar de atender a la comunicación verbal y no verbal tanto del médico como del paciente. Habilidad que debe ser aprendida durante toda la carrera profesional. Los pacientes en general observan los mensajes no verbales de los médicos atentamente, por diferentes razones: **para controlar la situación**, buscando seguridad y miradas tranquilizadoras, **por desconfianza**, pensando que van a descubrir lo que se le esconde, como **anticipación** a la información que el médico les va a brindar, o como **suplemento** completando la información verbal que le ha sido brindada (6). (Foto c4, anexo).

Existen situaciones en entrevistas médicas en que se dificulta el control de la comunicación no verbal, por ejemplo cuando se evita la mirada del paciente en el momento que se va a comunicar una mala noticia, o cuando se utiliza un tono fuerte de voz, a través del cual se filtra el enojo hacia el paciente (foto c3, anexo), por ejemplo, cuando este no adhiere a las indicaciones médicas; o una postura distante, con el cuerpo inclinado hacia atrás y los brazos cruzados mostrando una actitud de superioridad o distanciamiento afectivo hacia quien consulta. (foto c2, anexo).

Los efectos de estas conductas pueden afectar emocionalmente al paciente, afectando así la relación médico-paciente, y en consecuencia interferir en la adaptación a la enfermedad, en la adhesión al tratamiento y en el accionar clínico y terapéutico en general.

El proceso de aprendizaje sobre nuestra propia comunicación no verbal se basa en la auto observación. Orientando nuestra atención al adecuado contacto visual, la actitud respetuosa, los gestos que favorezcan la escucha, evitando apremios de tiempo o interrupciones.

Ejemplo 1:

Es el caso de una paciente de 30 años, que consulta por tercera vez por síntomas gástricos de 6 meses de evolución. Cuando habla realiza gestos de molestia y de disgusto ante las preguntas del profesional. El profesional continua indagando la semiología de los síntomas, evitando poner en palabras las señales no verbales que ella le esta brindando. Podría decir "la veo molesta, ¿qué le pasa?" o "le está pasando alguna otra cosa, que yo no le haya preguntado" o "dígame que le pasa, la veo enojada". Como consecuencia la paciente comienza a actuar cada vez más molesta y respondiendo con monosilábos. Ante los claros signos de enojo de la paciente el médico apura la anamnesis y el examen físico, deja de mirarla, pone un tono de voz enfático y comienza a brindar información acerca de sus planteos y la paraclínica que se necesita para confirmarlos, pero la paciente ya no lo escucha, y se retira del consultorio, y médico y paciente se quedan sin saber nuevamente que está pasando.

Ejemplo 2:

Paciente que consulta por cefaleas de un año de evolución, con múltiples estudios que no han informado la causa del síntoma. En esta consulta viene con los resultados de una resonancia magnética indicada por el médico tratante hace un mes. El paciente se presenta al profesional con facies de preocupación, hombros caídos, su mano derecha

sobre la mejilla, mirada fija y temerosa. El médico comienza su consulta, preguntando como ha pasado, haciendo referencia al estudio que el había solicitado e inmediatamente indaga acerca de las señales no verbales del paciente: Le dice "Lo noto preocupado, ¿qué le pasa?". Esta sola frase produce efectos positivos en la comunicación médico-paciente. Proporcionando al médico el conocimiento acerca de la percepción subjetiva del paciente con respecto a su situación de enfermedad, o su situación de incertidumbre diagnóstica; lo habilita a hablar de sus preocupaciones, temores y creencias. Asimismo brinda herramientas para la comunicación de los resultados de la resonancia magnética, sean favorables o desfavorables, y permite aclarar falsas creencias en relación al diagnóstico. Pero, por sobre ello, favorecerá una relación de confianza y mutua colaboración entre ambos.

En resumen:

Todos nos comunicamos, siempre nos comunicamos, incluso cuando no queremos hacerlo. Dentro de un proceso de transmisión de mensajes los elementos no verbales predominan en relación a los elementos verbales. La relación existente entre ellos, tiene que ver con que estos elementos pueden acompañar, contradecir, ilustrar o regular lo dicho verbalmente, así como también son un medio para la expresión de los afectos.

El atender a los elementos no verbales durante un proceso comunicacional cualquiera sea el contexto, la escucha activa y la retroalimentación, optimizan la información recabada y ayuda a construir la relación.

Referencias Bibliográficas:

- (1) Van-der Hofstadt, C. J. (1999).
Habilidades de comunicación aplicadas. Guía para la mejora de las habilidades de comunicación personal.
Valencia, España: Promolibro.
- (2) Hall ET. (1985).
Comunicación no verbal: perspectiva básicas.
En Knapp M.L. (1985) La Comunicación Verbal.
Bs. As. Argentina. Ed. Paidós: pp 25-26.
- (3) Birdwhistell, R. (1985).
Comunicación no verbal: perspectivas del desarrollo.
En Knapp M.L. (1985) La comunicación Verbal.
Bs. As. Argentina. Ed. Paidós: pp 47-51.
- (4) Knapp M. (1985).
La Comunicación Verbal.
Bs. As., Argentina. Ed. Paidós: pp 180- 204.
- (5) La Barre W. (1985).
La capacidad de emitir y recibir señales no verbales.
En Knapp M.L.(1985) La comunicación Verbal.
Bs. As., Argentina. Ed. Paidós: pp 323-325.
- (6) Vidal y Benito M.C. (2010)
Comunicación no verbal.
En Vidal y Benito M.C. (2010) Relación médico paciente: Bases para una comunicación a medida.
Bs. As. Argentina: Lugar Editorial.

¿Que está sucediendo que es difícil comprendernos? Interferencias en la comunicación: Barreras y Filtros

Lic. Psic. Ana Bentancor

Muchas veces cuando intentamos comunicarnos, percibimos que no logramos comprender exactamente lo que nos están intentando transmitir, ni decir lo que deseamos. En este capítulo te ayudaremos a detectar cuales pueden ser las interferencias que están en juego para que eso suceda, y a encontrar maneras de minimizarlas a través de ejemplos sencillos. Conocer las interferencias propias y externas, optimiza la calidad de la comunicación, y el tiempo invertido en ella.

¿Qué son las interferencias en la comunicación?

Las interferencias en la comunicación son aquellos obstáculos que distorsionan la expresión y la recepción de los mensajes, haciendo más difícil o directamente imposible el cumplimiento del objetivo comunicacional (1). A estos obstáculos se los denomina barreras.

Según Van-der Hofstadt todo proceso comunicacional donde se emite y recibe un mensaje en condiciones óptimas, tiene alrededor de un 80% de pérdida sobre el total del mensaje original (2). Así resulta comprensible que existan razones por las cuales las comunicaciones interpersonales puedan fallar. Para confirmar si el mensaje esta llegando en forma efectiva, es importante que el comunicador busque retroalimentación.

Si el resultado es una mala comprensión, se debería pensar ¿Qué está alterando lo que estamos transmitiendo?

Existen muchos tipos de barreras y estas pueden aparecer en cualquier etapa del proceso comunicacional, desdibujando la intencionalidad original del mensaje y generando una cadena de “sobre interpretaciones” o malos entendidos. Nuestra aspiración es lograr una comunicación efectiva, vale decir, un proceso interactivo completo, donde cada integrante recibe retroalimentación sobre cómo se interpretó el mensaje, si se entendió y qué impacto tuvo en el otro. El énfasis estará en la interdependencia entre emisor y receptor, y los aportes e iniciativas de cada uno. El objetivo de la comunicación se convierte en el establecimiento de una base común de entendimiento mutuo. La comunicación efectiva o eficaz se puede definir, entonces, como el producto resultante de la puesta en funcionamiento de una serie de habilidades, que permiten a las personas transmitir y recibir de la manera más fiel posible el contenido de sus mensajes, logrando la menor interferencia posible.

Un comunicador eficaz, entonces, debe ser consciente de estos obstáculos y debe tratar de reducir su impacto. Para ello deberá recurrir a un permanente ejercicio de comprensión y verificación de los mensajes. De esta forma, se están poniendo en juego habilidades relacionadas con la escucha activa y la escucha reflexiva, que ayudarán en el manejo de las barreras, y por lo tanto orientará hacia una comunicación efectiva, logrando relaciones interpersonales de mayor calidad, así como también generando ambientes de relacionamiento más confortables y saludables.

¿Cuáles son esas barreras u obstáculos?

Existen muy distintos tipos de obstáculos, estos pueden deberse a situaciones materiales (lugares con mala iluminación, ventilación, recepción o acústica); condiciones sensoriales (presencia de ruidos, dificultades visuales o auditivas); entornos culturales (prejuicios, códigos, jergas); características personales (filtros, emociones, actitudes), o referidas a los sistemas organizacionales (instituciones) A modo de sistematización, nos referiremos en primera instancia a la clasificación según los componentes de la comunicación realizada por Van der Hofstandt. Luego se mencionarán aquellas barreras que están presentes en todos los integrantes de la comunicación (las debidas a entornos culturales, a las características personales y a los sistemas organizacionales).

Según los componentes de la comunicación, Van der Hofstandt las clasifica en tres grupos:

- 1) Los relacionados con quién promueve la comunicación- Emisor (**Tabla 1**).
- 2) Los que provienen de quién es objetivo de la intención comunicativa- Receptor (**Tabla 2**).
- 3) Aquello que afecta el canal comunicativo- Las barreras del medio ambiente o el entorno (**Tabla 3**).

Es importante destacar, que la carencia de habilidades comunicacionales es una de las barreras más frecuentes.

¿Las jergas o códigos intraculturales pueden operar como barreras en la comunicación?

Barreras relacionadas con diferencias culturales Las normas de interacción social varían mucho en las diferentes culturas, al igual que la forma en que se expresan las emociones. Un ejemplo claro de eso es el concepto de espacio personal, el cual varía entre las culturas y entre diferentes entornos sociales.

Las diferencias de idioma y la dificultad en la comprensión de acentos desconocidos han mostrado a muchos profesionales que los factores raciales y étnicos pueden actuar como impedimentos o barreras que interfieren en una comunicación eficaz. Los malentendidos que surgen de las diferencias culturales en la comunicación verbal y no verbal pueden conducir a percibir al otro con extrañeza o a la incapacidad para desarrollar confianza y empatía (3).

Dentro del ámbito de la medicina, los patrones culturales o sistema de creencias de algunos sectores de la sociedad, que no son advertidos y manejados adecuadamente por el equipo de salud, pueden llevar a provocar dificultades de relacionamiento entre médicos, pacientes y sus familias. Es el caso por ejemplo, de un paciente que usa tratamientos caseros, que son parte de su tradición familiar. Lo mismo se aplica a los hábitos de alimentación, de ejercicio, del uso de alcohol. Esto puede generar dificultades en el proceso de adhesión al tratamiento.

¿Que son los filtros?

Los filtros son aquellas barreras internas que funcionan como “barreras mentales”. Estos surgen de los valores, experiencias personales e historia de vida. Un ejemplo de ello son los prejuicios, donde se utilizan interpretaciones estereotipadas, que se repiten de manera rígida sin tener en cuenta la pertinencia de su aplicación o el análisis de la situación donde se aplicará.

¿QUÉ ES UN PREJUICIO?

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua define el concepto de prejuicio como la “opinión previa y tenaz, por lo general desfavorable, acerca de algo que se conoce mal” (Real Academia, 2001) y a la acción de prejuzgar como “juzgar de las cosas antes del tiempo oportuno, o sin tener de ellas cabal conocimiento” (Real Academia, 2001) (4). El prejuicio implica tanto una actitud como un proceso cognitivo. El resultado identificable y medible generalmente se traduce en prácticas discriminatorias(5). Las expectativas y los prejuicios pueden llevar a falsos supuestos o estereotipos acerca de la realidad. Si un prejuicio está presente en el contexto comunicacional, es esperable que se distorsione aquello que se está escuchando, uno escuchará más su voz interna que lo que realmente se está intentando comunicar, y de este modo se puede arribar a conclusiones incorrectas. Todos los individuos, en su carácter de seres sociales y pertenecientes a un entorno cultural presentan diversos tipos de prejuicios. Estos promueven una predisposición a interpretar mensajes con cierto sesgo o recorte de la realidad, dependiendo de variables como por ejemplo la edad, la raza, el sexo, el nivel socio cultural. Si observamos este aspecto estrictamente dentro del ámbito de la

medicina, no es de extrañar que la presencia de estos filtros tengan un efecto directo en la forma en que la medicina es practicada. Existen artículos, en particular los publicados por el Institute of Medicine, una organización estadounidense sin fines de lucro que proporciona información y asesoramiento basados en la evidencia en materia de medicina y salud, que han sugerido que los prejuicios y la discriminación afectan directamente a la recepción de ciertos grupos de la población en los servicios de salud (Spencer-Rodger, Mc Govern, 2002). En un estudio donde se pretendía estudiar las disparidades raciales y étnicas en el cuidado de la salud, se encontró que los proveedores de cuidado de la salud presentaban comportamientos, suposiciones y actitudes que podían tener un efecto perjudicial e influir en la salud de los usuarios. Se identificaron prácticas de salud discriminatorias en dos niveles: dentro de la estructura de atención de la salud (discriminación sistémica) y otra interpersonal, como ser la discriminación que resulta de “sesgos, prejuicios, estereotipos y la incertidumbre en la comunicación clínica” (6).

BARRERAS PSICOLÓGICAS Y EMOCIONALES

El estado psicológico puede influir en cómo se emiten y reciben los mensajes (7). Por ejemplo, si alguien tiene intensas preocupaciones personales, seguramente podría estar más propenso a presentar desinterés, falta de atención, y por lo tanto no se encontraría en condiciones óptimas de estar receptivo al mensaje. La dificultad de empatizar con el otro, es decir, la capacidad de ponerse en el lugar de otro para comprender mejor sus necesidades, motivaciones y preocupaciones, puede constituirse en otra barrera importante, para comprender mejor este aspecto como barrera en la comunicación sugerimos leer el capítulo sobre empatía. Otro estado emocional que puede constituir una barrera en la comunicación es la ira. Cuando alguien está enojado o predomina un estilo de comunicación agresivo, puede ser más proclive a decir cosas inadecuadas, afectando la comunicación efectiva de manera negativa, y hasta de manera irreversible. Las personas con baja autoestima o estilo inhibido de comunicación, suelen no sentirse cómodos durante el proceso comunicativo, sobre todo si deben hablar con extraños, o figuras de autoridad como el médico o la enfermera. Pueden sentir vergüenza de expresar lo que sienten o hacer lecturas negativas en los mensajes que escuchan. La contrapartida es cuando el profesional de la salud se siente incómodo frente a ciertos temas (por ejemplo la sexualidad) o con ciertas personas (por ejemplo, pacientes mayores, pacientes también médicos, pacientes famosos). Esto hace que para estas personas algunos temas puedan resultar inmanejables, obturando el proceso comunicativo.

BARRERAS ACTITUDINALES

Este subtipo de barreras se caracterizan por presentarse mediante comportamientos o percepciones que impiden que las personas se comuniquen con eficacia. Las barreras actitudinales en la comunicación pueden ser resultado de rasgos de personalidad como el oposicionismo, la pasividad, la arrogancia, la hostilidad, la suspicacia o la aprehensión. También puede deberse a la resistencia al cambio o la falta de motivación.

Barreras fisiológicas y físicas

Las barreras fisiológicas pueden resultar del estado físico de los participantes, por ejemplo, un receptor con audición reducida no puede captar la totalidad de una conversación hablada sobre todo si hay ruido de fondo significativo.

Las barreras físicas a la comunicación no verbal (no videntes) operan impidiendo captar la totalidad del mensaje y por ejemplo, al no ser capaces de ver las señales no verbales, gestos, postura y lenguaje corporal en general, pueden hacer que la comunicación sea menos eficaz, es importante en estos casos compensar esta dificultad con otros mecanismos, como por ejemplo un mayor aumento o desarrollo de la imaginación y la percepción.

Un ejemplo de una barrera física para la comunicación es la disposición de las personas en el espacio. La comunicación es más fácil si las personas están a la misma altura o si no hay obstáculos entre ellos (escritorio, computadora). Otras barreras físicas son la iluminación, la temperatura ambiente, los ruidos externos, el ambiente poco acogedor.

Barreras sistémicas

Se refieren a barreras propias de las organizaciones o instituciones que cuentan con sistemas ineficientes o inadecuados de información o canales de comunicación poco operativos. Desde el punto de vista organizacional se observa una falta de comprensión de las funciones y responsabilidades de cualquiera de las partes, ya sea porque no es adecuada la forma en que estas pautas se transmiten, o porque una vez transmitidas y comprendidas es difícil para quien debe llevarlas adelante.

En estas organizaciones, los individuos pueden ser poco claros al transmitir el perfil o rol de determinados cargos, y por lo tanto quienes luego los ocupan, no saben lo que se espera de ellos. Esto ocurriría por ejemplo en un ambiente altamente burocrático funcionando de manera ineficaz. Por ejemplo se observa en algunas organizaciones, empresas o grupos de trabajo la dificultad de mantener la retroalimentación o feedback en la comunicación con los usuarios, no existen ni se generan relaciones de confianza y por lo tanto la credibilidad se encuentra altamente debilitada.

Así mismo la cantidad de información transmitida en el mensaje no resulta suficiente y se maneja generalmente de manera unidireccional. También es de destacar aquí los aspectos materiales de las organizaciones, como por ejemplo, la infraestructura edilicia inadecuada, los tiempos cronológicos necesarios para los intercambios comunicacionales y con los que se cuentan realmente. Es probable también que los aspectos de tipo económico (dinero destinado a recursos, presupuestos, salarios, incentivos) puedan favorecer o perjudicar, funcionando como barreras sistémicas en la comunicación.

En las instituciones de asistencia médica esto reviste una importancia crítica. La persona que para ver a su médico pasa por trabas administrativas, esperas o molestias va a llegar mal dispuesta a la consulta. Lo mismo le sucede al equipo asistencial cuando siente que la institución no responde adecuadamente.

Conclusiones

De lo dicho anteriormente, podemos ver la relevancia e impacto que tienen las barreras en la comunicación para la creación y el mantenimiento de las relaciones interpersonales, y por lo tanto también, para el sostenimiento de la vida social. Por lo cual es de gran importancia poner en practica las acciones adecuadas que permitan minimizarlas o contrarrestarlas.

Las barreras pueden constituirse como obstáculos en tanto no se tenga asumida su presencia y el efecto que generan, así como también cuando no se ejercitan las habilidades necesarias para traspasar dichas barreras.

El primer paso es identificarlas y el segundo es modificarlas, para lo cual te proponemos los siguientes ejercicios.

EJERCICIO PRÁCTICO Prestando atención a los ruidos y barreras existentes

El objetivo de este ejercicio es prepararse para una entrevista. Plantéate realizar este ejercicio con un compañero de clase para luego discutir entre ambos las conclusiones a las que arriban.

Observa el lugar donde está planteada hacer la entrevista y obsérvate tu mismo y responde las siguientes preguntas:

¿Qué ruidos, barreras y filtros identificas en este lugar de trabajo, en el momento presente?

Se te ocurren algunas estrategias para minimizar o erradicar si es posible, dichos factores.

EJERCICIO PRÁCTICO Prestando atención a tus filtros personales

Te invitamos a que reflexiones como operan tu caso los distintos filtros posibles (prejuicios, barreras emocionales y actitudinales), puedes tomar como ejemplo tus vínculos en la facultad o en tu entorno.

¿Cuáles piensas que afectan tu comunicación efectiva?

¿Qué podrías hacer para modificarlos?

Tabla 1

Barreras del EMISOR	
El código utilizado	<ul style="list-style-type: none"> Falta de código en común Ambigüedad del mensaje (7) utilización inadecuada de la redundancia
La habilidad personal	<ul style="list-style-type: none"> Falta de habilidades de comunicación Filtros Actitudes negativas Falta de capacidad de autocontrol

Adaptación del Libro de las Habilidades de Comunicación. (C. Van der Hofstadt, 2003)

Tabla 2

Barreras del RECEPTOR	
Relacionadas con la habilidad personal	<ul style="list-style-type: none"> Falta de habilidad de comunicación Filtro Defensa psicológica
Carencia o inadecuada búsqueda de feedback	<ul style="list-style-type: none"> ¿Mi mensaje fue decodificado adecuadamente? ¿He comprendido correctamente la intención comunicacional del otro?

Adaptación del Libro de las Habilidades de Comunicación. (C. Van der Hofstadt, 2003)

Tabla 3

Barreras relacionadas con el AMBIENTE	
Medio ambiente	<ul style="list-style-type: none"> Ruidos, teléfonos, frío, calor
Características físicas del espacio	<ul style="list-style-type: none"> Espacios pequeños o demasiado grandes Falta de privacidad Mobiliario inadecuado o inexistente Falta de climatización
Organización de la actividad	<ul style="list-style-type: none"> Interrupciones reiteradas Aglomeración de personas

Adaptación del Libro de las Habilidades de Comunicación. (C. Van der Hofstadt, 2003)

Referencias Bibliográficas:

- (1) Watzlawick, P., Helmick Beavin, J. & Jackson D.D. (1985).
Teoría de la Comunicación Humana (Interacciones, Patologías y Paradojas)
(Cuarta Edición).
Barcelona, España: Editorial Herder.
- (2) Van-der Hofstet, C.J.(1999).
Habilidades de Comunicación Aplicadas (Guía para la mejora de habilidades de
comunicación personal).
Valencia, España: Promolibro.
- (3) Sue, D.W.& Sue, D.(1977).
Barriers to effective cross-cultural counseling. Journal of Counseling Psychology, Vol. 24
(5), September 1977, 420-429.
- (4) Real Academia de la lengua (2001).
Diccionario de la lengua española. (22ª ed.)
Madrid, España: Calpe.
- (5) Guilfoyle, J., Kelly, L. & St Pierre-Hansen, N.(2008).
Prejudice in medicine, Our role in creating health care disparities. Canadian Family
Physician. Le Médecin de famille canadien, Vol 54: november 2008
- (6) Spencer-Rodger, J.& McGovern, T. (2002).
Attitudes toward the culturally different: the role of intercultural communication
barriers, affective responses, consensual stereotypes, and perceived threat.
International Journal of Intercultural Relations 26 (2002) 609-631.
- (7) Kenneth, B & Rossera, F.(1990)
Barriers to communication. The annals of regional science.
Springer Verlag.

Sección 2

Entrevista

Generalidades

- ¿Es posible aprender a realizar entrevistas? Conocimientos y destrezas básicas para realizar una entrevista.
- ¿Por qué hablamos de encuadre en una entrevista clínica?
- El rol en la práctica clínica.
- La importancia de ponerse en el lugar del otro: la empatía.
- Los vínculos en la práctica médica: Aprendiendo a generar un buen rapport con el paciente.
- Escucha activa, escucha reflexiva y escucha empática: pilares para una atención centrada en el paciente.
- La auto-observación.

¿Es posible aprender a realizar entrevistas? Conocimientos y destrezas básicas para realizar una entrevista

Lic. Psic. Berta Varela

La práctica de la medicina incluye conocimientos técnicos y clínicos. Entre estos últimos se encuentra el desarrollo de las habilidades interpersonales y comunicacionales que permitan escuchar, comprender y ayudar a otros. Para desarrollar buenas prácticas profesionales se necesita formación en habilidades que permitan conducir entrevistas de acuerdo con distintos fines o propósitos. Es importante tener, además, la disposición a analizar lo que ocurre en la relación médico-paciente y en la comunicación que allí se establece.

¿Qué es una entrevista?

La entrevista es una técnica o instrumento de recolección de información. Se trata también de un método de investigación utilizado por distintas disciplinas (como, por ejemplo, la sociología, la psicología, la antropología, la medicina) con el fin de obtener información o conocer a la persona.

En una entrevista, como en cualquier relación interpersonal, se establece un proceso de comunicación entre dos o más personas. En dicho proceso interviene la palabra, pero intervienen también los gestos, las actitudes, los sentimientos y emociones. De este modo se constituye la interrelación verbal y no verbal entre los participantes, ya que la conducta de uno es estímulo para el otro. La calidad de la comunicación que se establece durante la entrevista se relaciona con la apertura y la disposición que manifieste el entrevistado para su realización, y con las habilidades que tenga el entrevistador para la escucha reflexiva (para entender más sobre esta escucha ver el capítulo referente a ella).

Los roles en una entrevista se fijan de antemano; en este caso dichos roles son los de **entrevistador** y **entrevistado**. El entrevistador interviene para conocer la perspectiva del entrevistado sobre lo que se busca indagar, lo que está pensando y sintiendo

y lo que no es directamente observable mediante los sentidos. A través de la entrevista se puede conocer los sentimientos, motivaciones, intenciones, pensamientos y la forma de vida de la persona, lo que fue relevante en el pasado, su biografía o sus aspiraciones a futuro.

¿Qué tipo de entrevistas existen?

Se utilizarán distintas modalidades de entrevista según los objetivos que nos proponemos, las circunstancias generadas en el transcurso de la entrevista, y el contexto en el cual se realiza. La selección del tipo de entrevista se relaciona con el trabajo a realizar. De este modo, las entrevistas se pueden clasificar de la siguiente manera:

- **Según el ámbito o disciplina que la use:**
entrevista periodística, entrevista clínica, entrevista médica, y otras.
- **Según su objetivo:**
entrevista de evaluación, entrevista para obtener información, o entrevista de investigación.
- **Según el tipo de pregunta que formule:**
abierta, o cerrada (estructurada).
- **Según el rol que desempeña el entrevistador:**
libre, semidirigida o dirigida.

La realización de entrevistas es una práctica necesaria en muchas profesiones y disciplinas, pero en cada una de ellas aparecen variantes de acuerdo con su especificidad. En medicina el tipo de entrevista realizada se relaciona con la transición del modelo biomédico de la salud al modelo biopsicosocial. Distintas escuelas de medicina han desarrollado modelos de este tipo de entrevista. (Como se verá en el capítulo que habla de la entrevista de Kalamazoo).

La práctica de la entrevista también varía dentro de cada disciplina de acuerdo con los objetivos que se proponga. Por ejemplo, **la entrevista de evaluación** es una práctica muy usual en el ámbito laboral, o en psicología educativa. En este caso el interés es del entrevistado, quien solicita la entrevista para obtener un trabajo, en tanto el entrevistador busca conocer si el solicitante tiene el perfil adecuado para el cargo.

La **entrevista para obtener información** y la **de investigación** son utilizadas por periodistas, y por investigadores de distintas disciplinas. En estos casos el interés surge del entrevistador, quien solicita la entrevista.

En la **entrevista abierta** el entrevistador tiene amplia libertad para realizar preguntas o para intervenir en el curso de ella. La entrevista periodística o la entrevista en profundidad -muy utilizada por sociólogos- son ejemplos de esta modalidad.

En la **entrevista cerrada o estructurada** los temas están establecidos de antemano y las preguntas ya ordenadas, no pueden ser modificadas por el entrevistador. Un cuestionario o una encuesta son ejemplos de esta modalidad.

La entrevista abierta posibilita una investigación más profunda, mientras que la entrevista cerrada permite una mejor comparación sistemática de datos si se trata de una investigación o de una comparación entre dos candidatos.

Según el tipo de conducción o de rol que adopte el entrevistador la entrevista puede ser **libre, semidirigida o dirigida**.

En la **entrevista libre** se le otorga plena libertad de expresión a quien se está entrevistando. Este tipo de entrevista puede utilizarse, por ejemplo, con la finalidad de indagar de manera preliminar en una investigación.

En la **entrevista semidirigida** el entrevistado tiene plena libertad de expresión, pero limitada a ciertos temas. Dichos temas se expresan implícita o explícitamente en una pauta de entrevista que se le explica al entrevistado. Esta entrevista le permite cierto nivel de intervención al entrevistador para facilitar el proceso dialógico en torno al tema o los temas de interés.

La **entrevista dirigida** es muy parecida a una encuesta, ya que se limita la posibilidad de expresión del entrevistado. Se utiliza cuando se tiene ya un conocimiento general de un tema y se quiere profundizar en un aspecto.

Algunas claves para el entrevistador

Daremos algunas claves que nos parece importante tener en cuenta para la entrevista que realizan los estudiantes para trabajo de campo o para entrevistas similares realizadas con otros objetivos específicos.

¿CON QUÉ OBJETIVO SE REALIZA LA ENTREVISTA?

Una entrevista debe tener un **propósito explícito**, por ejemplo, obtener información para un trabajo que se está realizando, o conocer alguna característica de la población a la que se le brinda atención. Esta información es relevante para formular o confirmar hipótesis previamente establecidas, conocer las necesidades de la población, planificar acciones de promoción o prevención en salud, entre otras. La entrevista clínica es un tipo especial de entrevista que se utiliza para resolver la consulta médica.

Para que la entrevista sea de utilidad se debe seleccionar en primer término la persona a entrevistar, de acuerdo con los fines que buscamos, y en segundo término planificar la entrevista.

ACTITUD AL ENTREVISTAR

La actitud del entrevistador debe ser interesada y estimulante para quien accedió a colaborar con su tiempo para la entrevista, respetando los tiempos y el confort del entrevistado. Debe informarse sobre los objetivos, alcances, uso que se le va a dar a la información, confidencialidad de los datos y obtenerse el consentimiento de la persona. En ocasiones, éste debe ser firmado.

El entrevistador debe respetar lo convenido con la persona que dio la entrevista, lo cual quedó expresado en el **consentimiento** que se le solicitó al entrevistado antes del inicio de la entrevista. El entrevistador no compartirá aspectos de su vida personal, ni indagará en la vida del entrevistado por curiosidad personal más allá de los objetivos de la entrevista.

Quien realiza la entrevista debe ser capaz de dirigirla hacia un objetivo previamente determinado, vinculado a los fines específicos de su trabajo. En primer término, es recomendable dar consignas comprensibles y sencillas, que le permitan a la persona entrevistada comprender los objetivos de la entrevista. La formulación de las preguntas debe ser clara, evitando aquellas que solo pueden responderse como todo o nada o de forma polarizada. Ejemplos claros de esto son preguntas como: "¿Usted piensa que la legalización de la marihuana es buena o mala?" "¿Usted está a favor o en contra del aborto?"

Para evitar la polarización sería mejor formular preguntas como las siguientes: "¿Qué opinión tiene usted sobre la legalización de la marihuana?"

En el otro caso podría también pensar en un diálogo posible:

Entrevistador: *¿Cuál es su posición con relación al aborto?*

Entrevistado: *Pienso que es una inmoralidad.*

Entrevistador: *¿Cree que puede haber alguna excepción a esto?*

Entrevistado: *Siempre me parece un crimen.*

Entrevistador: *En su opinión, ¿qué cosas pueden llevar a una mujer a tomar una decisión así?*

Encuestado: *Pienso que se debe tener muy buenas razones para hacer algo así.*

El entrevistador no debe predeterminar las palabras que debe utilizar el entrevistado, sino que debe facilitarle a éste la libre expresión en su propio lenguaje, de lo que quiere expresar.

En el caso de que la persona se extienda en aspectos que pueden conducir a fines no buscados, o resulte evidente que no comprendió las preguntas, se debe intervenir reconduciendo la entrevista hacia el objetivo, aclarando la pregunta mediante la utilización de otros términos que le faciliten al entrevistado la comprensión.

Las preguntas que se formulen deben también ser neutrales, es decir que no deben contener ellas mismas juicios de valor o inclinar al entrevistado en un sentido determinado (por ejemplo, "¿No le parece que eso es bueno?").

Si el entrevistador no comprende lo que dice el entrevistado debe pedir aclaración. También debe hacer uso del silencio para facilitarle su participación. No

siempre que una persona calla significa que ha completado lo que quería decir, y por eso el entrevistador debe darle al entrevistado tiempo suficiente para pensar y hablar, sin precipitarse a la pregunta siguiente, observando si aún está pensando sobre lo que quiere decir. Se espera que el entrevistador se abstenga de compartir sus propias opiniones sobre temas que puedan ser conflictivos, como preferencias políticopartidarias, parcialidades deportivas, posturas personales frente a políticas de gobierno como vacunas, aborto, cesación de tabaco, marihuana.

Por ejemplo, en el caso del diálogo anterior, esto equivaldría a una intervención del entrevistador como la siguiente:

Entrevistador: *Yo creo que las mujeres deben ser libres para decidir si quieren tener o no un hijo.*

O la siguiente:

Entrevistador: *Estoy de acuerdo con usted, el aborto es inadmisibile.*

¿Cuáles son las etapas de una entrevista?

De forma simplificada podemos dividir la entrevista en tres etapas: **apertura, desarrollo y cierre.**

En la **apertura** quien realiza la entrevista debe presentarse y explicitar cómo se desarrollará la misma y el tiempo que durará. Si se trata de una entrevista de investigación se solicitará el consentimiento del entrevistado. En esta etapa es muy importante explicitar los objetivos o el alcance de la entrevista. Desde el inicio, se va construyendo la relación con el entrevistado y se debe atender en especial a las vicisitudes de esta relación en el transcurso de la misma.

El entrevistador inicia y conduce la entrevista y debe mantener una actitud profesional para el desarrollo de ésta. En el inicio de la entrevista quien la conduce fija el encuadre y lo explicita a la persona a quien se le va a realizar la entrevista, explicándole cuáles son los objetivos de la misma, el lugar y la hora en que se realizará, y el rol de cada uno.

Es muy importante que la persona a entrevistar tenga claros los objetivos que se buscan para lo cual se requiere que el entrevistador los explicita con claridad.

Si la entrevista que se va a realizar es **abierta** conviene, además, contar con una guía de temas o áreas a abordar y que se espera que el entrevistado desarrolle, para poder solicitarlos y explorarlos si éste no lo hace libremente. También es de importancia tener una actitud receptiva y flexible para atender a aquellos temas no esperados o planificados.

El **desarrollo** de la entrevista se relaciona con el objetivo, o sea con el tipo y volumen de información que nos proponemos obtener. Según el tipo de entrevista que se realice se utilizarán distintas técnicas de conducción de la entrevista de modo de no perder de vista los objetivos. Es importante que el entrevistador cuide la estructura

(Kurtz, 2005) de la entrevista, manteniendo el foco en los objetivos y permitiendo al mismo tiempo, que se transcurra sobre los distintos tópicos de forma lógica y flexible.

El **cierre** debe jerarquizarse. En esta etapa el entrevistador puede hacer un breve resumen de lo sucedido durante la entrevista y en caso de existir una continuación, explicitar cómo se desarrollará. Es importante cuidar en este momento los aspectos relacionales; por ejemplo, agradecerle a la persona entrevistada, si se le había solicitado su colaboración para una investigación. En el capítulo correspondiente se profundizará en estas etapas.

Dado que en la mayoría de los casos se trata de entrevistas solicitadas por el entrevistador, debe informarse claramente los objetivos y alcance de la entrevista, el uso que se hará de la información, su utilidad, el manejo de la confidencialidad. Si la entrevista va a ser grabada en audio o video este último aspecto es especialmente relevante. Se debe obtener entonces el consentimiento de la persona que según el caso deberá ser firmado.

¿Cómo preguntar?

Los siguientes son algunos tipos de preguntas o intervenciones que puede realizar el entrevistador:

- **Preguntas introductorias.**
- **Preguntas de aclaración.**
- **Preguntas de focalización**
- **Preguntas facilitación.**
- **Preguntas de confrontación.**

Las **preguntas introductorias** se realizan al comienzo de la entrevista y se relacionan con la identificación del entrevistado y otra información relevante. También sirven para hacer sentir cómodo al entrevistado en la situación de entrevista y se predisponga a colaborar activamente.

Las **preguntas de aclaración** sirven para lograr una mejor comprensión de lo que el entrevistado está diciendo cuando lo que está expresando es poco claro. Para este fin es importante también observar la concordancia de lenguaje verbal y no verbal en el entrevistado, sus silencios y vacilaciones.

Las **preguntas de focalización** reconducen al entrevistado a los temas de la entrevista cuando este se deriva a otros temas, cuando está desorientado sobre cómo seguir o cuando se pierden los objetivos de la entrevista. Este aspecto se relaciona con **darle estructura a la entrevista.**

Las **preguntas de facilitación** ayudan al entrevistado a continuar con su línea de pensamiento, lo alientan a seguir y demuestran del interés del entrevistado.

Las **preguntas de confrontación** constituyen una habilidad avanzada y le permiten al entrevistador señalarle al entrevistado contradicciones en lo que está diciendo, o entre lo que está diciendo o haciendo.

Hay, sin embargo, aspectos de la personalidad o de las creencias o prejuicios del propio entrevistador (filtros) que pueden intervenir sin que este sea consciente de ellos. Los factores culturales y educacionales pueden también interferir en una adecuada evaluación de la situación. También la propia relación interpersonal que se establece en el transcurso de la entrevista puede mover a actitudes y sentimientos positivos o negativos, que interfieran con la marcha de la entrevista si no son comprendidos y analizados. El entrevistador deberá tener disposición para la escucha activa y reflexiva, que le permite analizar las interferencias personales que impiden una adecuada comunicación e interpretación de la situación.

¿Qué es la neutralidad?

Cuando se busca conocer la opinión del entrevistado, sus creencias y valores, el entrevistador debe abstenerse de manifestar opiniones personales y de expresar sentimientos favorables o desfavorables tanto a través de la palabra como de los gestos. Esto significa que si el entrevistado expresa una opinión que le resulte desagradable al entrevistador este deberá mantenerse neutral, sin manifestar disgusto ni desagrado.

Es necesario distinguir entre neutralidad y rapport, el vínculo que se establece en la entrevista. No se puede realizar una entrevista si el entrevistador no logra establecer un vínculo o relación con el entrevistado de modo que este sienta que puede expresar sentimientos y opiniones. "El rapport se construye en la habilidad de expresar empatía y comprender sin juzgar" (Patton, 1990). (Para entender más sobre este punto leer capítulos de empatía y rapport).

El entrevistador debe tener una actitud profesional

En la actitud profesional interviene la formación específica, que nos permite planificar y llevar adelante una entrevista. Pero esta actitud profesional supone también una disposición a la auto-observación y la reflexión sobre la forma en que nos comunicamos y sobre los sentimientos y afectos que se desarrollan en nosotros durante la interacción.

Ronald Epstein y Edward Hundert (2002) definen la competencia profesional como el uso sensato de la comunicación, de los conocimientos, las habilidades técnicas, el razonamiento clínico, las emociones, los valores y la reflexión en la práctica diaria para el beneficio del individuo y la comunidad asistida. Esta competencia profesional se va construyendo durante los años de formación y requiere de su ejercicio en las distintas tareas y prácticas que el estudiante realice. En lo que respecta a la entrevista que el estudiante aprenderá a lo largo de su carrera, se trata de desarrollar habilidades de comunicación y de adquirir técnicas para realizarla.

Referencias Bibliográficas:

- Bleger, J. (1964).
La entrevista psicológica, su empleo en el diagnóstico y la investigación.
Bs. As. Argentina: Ficha editada por el Departamento de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras.
- Bryden, P., Ginsburg, S., Kurabi, B. & Ahmed, N. (2010).
Professing professionalism: are we our own worst enemy? Faculty members' experiences of teaching and evaluating professionalism in medical education at one school: *Academic Medicine*, 85(6), 1025-1034.
- Epstein, R. M., & Hundert, E. M. (2002).
Defining and assessing professional competence. *USA. Jama*, 287(2), 226-235. Fortin A.H., Dwamena F.C., Frankel R.M. & Smith R.C. (2012)
Smith's Patient-Centered Interviewing: An Evidence-Based Method (3rd ed). New York, USA: McGraw-Hill.
- Kirk, L. M. (2007).
Professionalism in medicine: definitions and considerations for teaching: *Proceedings (Baylor University. Medical Center)*, 20(1), 13.
- Kurtz S., Silverman J. & Draper J. (2005).
Teaching and learning Communication Skills in Medicine (Second Edition): Ed. Radcliffe Medical Press.
Knox, S. & Burkard, A.W. (2009).
Qualitative research interviews. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 566-575.
Monrouxe, L. V., Rees, C. E. & Hu, W. (2011).
Differences in medical students' explicit discourses of professionalism: acting, representing, becoming : *Medical Education*, 45(6), 585-602.
- Patton, M. Q. (1990).
Qualitative evaluation and research methods . SAGE Publications, Inc.
- Swick, H. M. (2000).
Toward a normative definition of medical professionalism. *Academic Medicine*, 75(6), 612-616.
- Van-der Hofstad, C.J. (1999).
Habilidades de comunicación aplicada. Valencia. España: Promolibro.
- Varela, B. (2007).
Entrevista clínica y Entrevista investigación. Presentación para el Ciclo Básico. Plataforma Moodle.

¿Por qué hablamos de encuadre en una entrevista clínica?

Lic. Pía Correas y María del Carmen Abreu

En este capítulo aprenderás la importancia de establecer ciertas pautas para la realización de una entrevista clínica.

Existen ciertas pautas que facilitan que la comunicación sea efectiva, convenciones sobre cómo debe desarrollarse el diálogo en una entrevista clínica. El encuadre es el concepto que las reúne y nos permite ser más eficientes.

El término encuadre surge en dos ámbitos dispares, dentro de la técnica psicoanalítica y en el campo del arte en la fotografía, dando lugar a un concepto que se ha ido ampliando, enriqueciendo y aplicando a otras disciplinas.

Dentro de la medicina se vincula con las pautas para la realización de la entrevista-clínica, manteniendo un rol profesional y un vínculo adecuado médico-paciente para garantizar el cumplimiento de sus objetivos.

¿Qué entendemos por encuadre?

Nos referiremos al encuadre como al conjunto de pautas y variables que delimitan y establecen un marco de referencia dentro del cual se desarrolla la entrevista. Pautas que deben ser explícitas y valer para todos por igual.

¿Cuáles son las pautas y variables que establece un encuadre?

José Bleger (1967) por un lado las define como “las constantes, dentro de cuyo marco se da el proceso”(1). A su vez, Horacio Etchegoyen (1986) dirá que “el encuadre supone fijar como constantes las variables de tiempo y lugar, estipulando ciertas normas que delimitan los papeles de entrevistado y entrevistador con arreglo a la tarea que se va a realizar”(2).

De lo dicho, se entiende entonces que el desarrollo de la entrevista estará influenciado por la intervención de múltiples variables (el espacio donde se da, el tiempo con el que se cuenta, quien entrevista, a quienes se entrevista, con que objetivo, entre otras).

Dentro de este conjunto de factores intervinientes hay algunos que es recomendable que permanezcan constantes y a esto se le llama encuadre.

Podemos agrupar las pautas constantes del encuadre de la siguiente manera:

TEMPORALES	Horario	
	Duración de la entrevista	
	Frecuencia	
GEOGRÁFICAS	Lugar	
	Mobiliario	
COMPORAMENTALES	Rol	
	Actitud Técnica	
	Confidencialidad	
SOCIALES Y CULTURALES	Vestimenta	
	Uso del lenguaje	
ORGANIZACIONALES	Objetivos de la entrevista	
	Límites del encuentro	
INSTITUCIONALES	Cultura Institucional	
	Política Institucional	
	Económicas	Honorarios
		Sueldo

Las variables **temporales** aluden al horario, duración de la entrevista y frecuencia de los encuentros, así como las **geográficas**, al lugar y mobiliario, son variables prácticas que inciden y determinan el encuentro, muchas veces dependen más de la institución que del profesional, como lo veremos más adelante, pero deben tratarse de forma tal que no generen una barrera en el proceso de comunicación.

Las variables **comportamentales** que incluyen rol, actitud técnica y confidencialidad las desarrollaremos adelante más ampliamente. Estas variables son las que varían más de un profesional a otro y deben ser objeto de nuestra reflexión. Son aquellas que podemos ir mejorando con la práctica clínica y un espíritu crítico hacia nuestra actitud y motivación profesional.

Las variables **sociales y culturales** como la vestimenta y uso del lenguaje provienen de nuestra propia pertenencia socio-cultural. Es más difícil de modificar pero debemos estar conscientes de cómo inciden en nuestra forma de vincularnos con el paciente.

Las variables **institucionales** serán desarrolladas más adelante y aluden a un marco donde se desarrolla la entrevista, abarca formas de retribución por la tarea profesional, políticas institucionales y la cultura institucional.

Para poder visualizar estos elementos, utilizaremos como ejemplo, una consulta ambulatoria en una policlínica barrial de medicina general.

El paciente acude a la consulta a un médico que no conoce. Seguramente esperará encontrarse con un profesional que tenga una vestimenta que lo identifica (túnica, uniforme), en un consultorio brindado por la institución, con un tiempo de espera previo y trámites administrativos que varían según la institución pero que están pautados por la normativa institucional, con la presencia o no de otro técnico en salud (enfermero), donde se cumplen determinadas rutinas (control de la PA y temperatura), se releve el motivo de consulta, se realice un examen físico y se llegue a un diagnóstico y pautas de tratamiento o se le pida para-clínica que confirme el mismo (que será realizada e informada por otro médico). Se le expida el certificado correspondiente relacionados a las actividad laboral o de estudio del paciente y se registre en la historia clínica.

El médico, a su vez, esperará como pautas constantes del encuadre: tener un consultorio y poder acceder a la historia clínica del paciente, tener disponibles una serie de materiales (esfingomanómetro, estetoscopio, recetas), tener la posibilidad de realizar una entrevista a un paciente que desconoce, que haya un motivo de la consulta, que el paciente sea veraz y claro en la exposición de sus problema de salud, poder resolver la situación clínica, que el paciente comprenda las limitaciones de tiempo y registrar lo actuado en la historia clínica del paciente. Que luego la institución le reconozca y retribuya por su ejercicio profesional.

En este ejemplo podemos identificar numerosas variables que se mantienen constantes en la entrevista y permiten su desarrollo. El paciente acude a un lugar en un momento previamente determinado, espera reconocer al médico en su rol, como a los demás integrantes del equipo de salud y se dirige a ellos adjudicándoles determinadas funciones. Les confía información y espera un determinado uso de esta, les habilita a realizar maniobras en su cuerpo. Genera expectativas sobre las indicaciones y ayuda que recibirá a cambio. Todo este proceso de comunicación que se da y las atribuciones y funciones que intervienen se dan en un marco preestablecido y acordado que encuadran la situación.

Cuando no hay acuerdo, pueden surgir desencuentros que lleven a dificultades en la relación médico-paciente. Por ejemplo, el paciente que concurría a la policlínica barrial le solicita al médico que le recete una medicación que tiene indicada por otro profesional. El médico en ese caso deberá explicar los alcances de su rol y cómo esta solicitud no está dentro de sus funciones, le podrá indicar al paciente quién es el profesional indicado para cumplir ese rol, deberá reencuadrar así la consulta.

Establecer una agenda de tareas

En general, todos los médicos tienen un esquema mental de los pasos que se deben cumplir durante una consulta médica¹. Esto es así, más allá de que esta agenda sea explicitada o no.

En algunos casos conviene que el profesional establezca y comunique las pautas que rigen la entrevista y sus alcances lo que facilita el proceso de comunicación. Por ejem-

plo: Un paciente se presenta con un sobre conteniendo los resultados de exámenes de laboratorio, radiografías, hojas de consultas a la emergencia móvil, y se lo ofrece de inmediato al médico para que los lea. En ese caso el médico puede explicitar el encuadre diciendo por ejemplo: "vamos a hacer lo siguiente, usted primero me va a decir qué lo trae por acá, yo le voy hacer preguntas para entender mejor lo que le pasa, después lo voy a examinar, voy a mirar los exámenes y al final le voy a dar mi opinión sobre los resultados y el tratamiento". De esta forma, el médico está estableciendo una "agenda de tareas".

Otra pautas que pueden anticipárseles al paciente y resulta útil hacerlas explícitas es la duración y la frecuencia de las consultas (controles mensuales, semestrales, anuales) o la confidencialidad que compete al rol del profesional. En el primer caso, pensemos en un paciente con mucha necesidad de hablar en el que es necesario mantener la consulta dentro de ciertos temas y con tiempo limitado. El segundo caso, puede ser un paciente adolescente, en el cual la familia presiona para conocer datos personales que son considerados privados por el paciente.

Otras pautas son implícitas a la institución o a la persona del profesional (honorarios, condiciones ambientales, uso del lenguaje y vestimenta).

¿Cómo vinculamos el concepto de encuadre y actitud técnica?

La entrevista clínica inicial, es en general el primer momento en que el médico y el paciente se encuentran y se conocen, y generalmente se espera que el paciente plantee sus problemas y revele información sobre su vida y su historia que puede ser delicada e íntima. El encuadre facilita el entablar un buen rapport para que el paciente se sienta cómodo y pueda hablar de todo lo que le preocupa. El trabajo en un vínculo de cooperación mutua, se ve facilitado por el cumplimiento de los horarios, la corrección en el habla, el cuidado en la apariencia personal (túnica, uniforme de la unidad) y el manejo de la confidencialidad (3).

El encuadre también se relaciona con aspectos de la ética y la actitud profesional. El médico no debe reaccionar ante el discurso del paciente ni apoyarse en anécdotas de su vida, tampoco crear relaciones comerciales o de amistad, ni pretender ningún beneficio de la entrevista que no sean sus honorarios y su interés científico o profesional. La relación profesional no debe ser utilizada como una gratificación narcisista, con un despliegue de omnipotencia. No se trata ni de triunfar ni de imponerse al paciente. La información recabada debe limitarse a lo necesario para el beneficio del entrevistado, y no para satisfacer la curiosidad. Si se tiene datos previos proporcionados por otra persona, se le debe informar tanto como anticipar al informante que estos datos no serán mantenidos en reserva.

También forma parte de un encuadre específico la comunicación entre colegas o con miembros del equipo de salud tratante. Concertar con ellos horarios de acceso al paciente para mejor desarrollo de la entrevista (4).

1. El modelo de entrevista de Kalamazoo y su variante de Calgary-Cambridge propuestos en este manual, incluyen una agenda con etapas a cumplir durante la entrevista. De esta forma, pueden considerarse que forman parte del encuadre.

¿Cómo vinculamos el concepto de encuadre con el de confidencialidad?

La confidencialidad es un componente más del encuadre de la entrevista clínica. Esto implica el correcto uso y registro en la historia clínica, de los datos que proporciona el paciente, a la cual también debe acceder el paciente.

Estar explicitado como elemento del encuadre facilitará al paciente a brindar información sensible sobre su estilo de vida, síntomas e impacto de la enfermedad y/o el tratamiento en sus vínculos personales y laborales.

El secreto profesional rige también para los enfermos psiquiátricos, personas con dificultades intelectuales y para lo surgido de las entrevistas con menores de edad, en este último caso, no debemos sentirnos autorizados a dar a los padres detalles de la entrevista con sus hijos.

¿Por qué debo tomar en cuenta las pautas de encuadre de la institución donde ejerzo mi profesión?

Las pautas del encuadre varían en cada institución, ya que dependen de las características y políticas de funcionamiento de las mismas. De ésta manera, por ejemplo, alientan o desalientan al profesional a permanecer en ésta, permiten reconocer jerarquías, beneficios, responsabilidades (Bleger, J.).

El encuadre de funcionamiento estipulado por cada institución (horario, cantidad de tiempo destinado al paciente, elección de técnicas diagnósticas y de tratamiento en relación al costo para la institución, políticas de formación continua entre otros) puede influir de manera positiva o negativa en la correcta realización de la entrevista clínica y el cumplimiento de sus objetivos.

Por ejemplo, el médico deberá, dentro de ciertos límites, ceñirse al tiempo estipulado de consulta y aprender a optimizar sus recursos para garantizar una comprensión adecuada de la demanda del paciente y llegar a un diagnóstico correcto.

En el caso específico de la asistencia hospitalaria, el encuadre se relaciona con la modalidad de atención en internación y consultorio externo, rango horario en el que el médico a cargo visitará al paciente, el horario en que se recibe a familiares y se brinda información sobre el estado y evolución del enfermo y cómo se atienden las urgencias.

¿Qué es el encuadre interno?

Se refiere a las creencias y actitudes personales de cómo se debe ejercer la profesión, cuál es la actitud técnica en mi práctica clínica, cuál es el saber en el cual me apoyo (Bleger, J., 1967).

El encuadre interno refiere a aquellos aspectos de la relación médico-paciente que el profesional ha ido incorporando durante sus experiencias personales y durante el ejercicio de la profesión. modelos de otros médicos y conocimientos científicos que

impactan en su conducta, rol y actitud técnica.

Estos aspectos que conforman la identidad profesional se ponen en juego en todo encuentro con el paciente, independientemente del medio físico y las pautas en los que éste tenga lugar (encuadre externo).

Donnet plantea "El desarrollo y buen manejo del encuadre interno construye paulatinamente un basamento teórico-vivencial sobre el cual se instala la práctica de cada profesional. El paciente puede cuestionar el encuadre externo, horario de la consulta, accesibilidad, costo monetario, etc. Lo que no puede, es sustraerse al impacto, a los efectos y a la puesta en juego del encuadre interno".

Esto quiere decir que el estilo personal y profesional de cada uno se manifiesta a partir de conductas (actitudes, verbalizaciones, afectos, gestos, modelos profesionales adquiridos) que conforman el encuadre interno. Esto lleva a que más allá de las convenciones cada encuadre va a tener un matiz personal.

El bagaje de conocimientos del médico forma parte del encuadre interno que se manifiesta en un conjunto de hipótesis que producimos con mucha rapidez sobre todo durante el inicio de la entrevista. Si nos decimos "este paciente puede complicarse" o "va a ser difícil relacionarse con él", o "este paciente sobre todo quiere que lo escuche" estamos posicionándonos de formas muy distintas en la entrevista y cada una de ellas llevará asociada un conjunto de exploraciones, pruebas y medidas terapéuticas diferentes.

Reconocer y modificar aspectos del encuadre interno, supone el esfuerzo de distanciarse y reflexionar: "¿qué juicio de gravedad hago?, ¿cómo me está influyendo el conocimiento previo de este paciente?, ¿qué emociones negativas o positivas tengo hacia esta persona y cómo me influyen aquí y ahora?".

¿Qué significa reencuadrar?

Se denomina reencuadrar, al acto de volver a explicitar al paciente las pautas del encuadre o modificar el encuadre inicial a partir de una evaluación objetiva de dicho cambio por parte del entrevistador.

Por ejemplo puede ser necesario reencuadrar para poder mantener la actitud clínica. Por ejemplo, cuando el médico se da cuenta que su actitud técnica está fuertemente influida por el cansancio, las consultas prolongadas, sentimientos de rechazo al paciente, el miedo a equivocarse, presiones de la familia del paciente o de la institución o de cualquier otra emoción negativa (Usobiaga, 2005).

¿Qué utilidad tiene el concepto de encuadre para la medicina?

Al enmarcar la situación de entrevista, se amortiguan los estímulos que la propia entrevista y al información que va surgiendo en la misma pueda tener en ambos protagonistas, y ayuda a cumplir con los objetivos planteados. Clarifica pautas de comportamiento y expresión emocional, tipo de vínculo esperable entre los protagonistas, la

conformación y sostén de los roles y pautas de interacción.

Ayuda a explicar los límites de la tarea y rol profesional, para así no quedar sujeto a demandas que no puedan cumplirse o que sean ajenas a la función específica.

De esta forma el encuadre fija los límites afectivos, sociales y sexuales de la relación médico paciente, lo que cumple un factor protector fundamental de esta relación.

Esta función protectora está orientada tanto a la persona del paciente como a la persona del médico.

EJERCICIO PRÁCTICO

Considera las siguientes situaciones posibles en una consulta médico paciente.

¿Qué elementos tendrías que incorporar o modificar del encuadre para resolver estas situaciones?

- Paciente que insiste en traer regalos
- Paciente que con actitudes manipuladoras
- Paciente que pretende traspasar los límites sexuales
- Paciente que demanda más tiempo del necesario
- Paciente que llama por teléfono al celular del médico
- Piensa en otras situaciones clínicas problemáticas...

Identifica pautas constantes del encuadre relacionadas con:

- El rol del médico
- El rol del paciente
- El funcionamiento institucional la situación de entrevista clínicas
- La confidencialidad

Bibliografía consultada:

- Avenburg, R. (2004).
Sobre el encuadre en psicoanálisis.
Buenos Aires. Argentina Psicoanálisis ApdeBA. Vol. XXVI.
- Gerardo Campo-Cabal, Jennifer Álvarez, Aura Marcela Morales. (2006).
La entrevista médica con un enfoque terapéutico.
Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXV / No. 4.
- Schroeder, D. (2010).
Repensando el encuadre interno.
Revista uruguaya de psicoanálisis, Montevideo, 2010,110: 144- 154.
- Referencias bibliográficas:
- (1) Bleger, J.(1967).
La entrevista psicológica.
Buenos Aires. Argentina: Ediciones de la Universidad de Buenos Aires.
- (2) Usobiaga, E. (2005).
El encuadre y psicoanálisis.
Bilbao. Revista Norte de salud mental. Para la reflexión. 2005. N° 23: 47-52.
Recuperado en <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-norte/volumen-vi/revista-23/047-el-encuadre-y psicoanalisis.pdf>.
- (3) Paciuk, S. (2002).
Elogio del encuadre.
Montevideo. Uruguay. Revista Uruguaya de Psicoanálisis: 2002, 96: 37-56.
- (4) Segal, D.L. & Hersen, M. (2010).
Basic Issues in Interviewing and the Interview Process.
New York. USA. Diagnostic Interviewing. Fourth Edition: Springer Science+Business Media.
- (5) The Oxford English Dictionary (OED)
(2010). UK: Oxford University Press.
- (6) Meyer,E. et al. (2010).
Clínica Médica y Psiquiatría en diálogo: experiencia con un grupo operativo. Rosario.
Argentina. Universidad Nacional de Rosario: Clinica_UNR.org. Artículos Especiales.
Recuperado en <http://www.clinicaunr.com.ar/Especiales/Especiales.htm>
- (7) Alizade, M., Lòpez, R. & Edelman, L. (2009).
Cuestionario: encuadre y dispositivo psicoanalítico.
Buenos Aires. Argentina. Recuperado en <http://www.topia.com.ar/articulos-cuestionario-encuadre-y-dispositivo-psicoanal%C3%ADtico>

Acerca del rol en la práctica clínica

Lic. Psic. Ma. del Carmen Abreu y Pía Correas

¿A que nos referimos cuando hablamos de roles?

El término rol proviene del inglés "Role", que a su vez deriva del francés "Rôle" y se refiere al papel o la función que cumple alguien o algo. Por ejemplo el rol del coordinador en un equipo de salud, el rol de la enfermera en la sala, el rol del juez en un partido de fútbol.

El concepto clásico alude entonces a los diferentes papeles desempeñados en la vida, que permiten la articulación entre los individuos y facilitan el desarrollo social.

Existen entonces varias definiciones de rol aunque esencialmente todas apuntan a lo que se espera de cada uno de nosotros en relación a los diferentes escenarios en que nos movemos y a lo que nosotros esperamos de los demás. Según John Archer Jackson, "rol" es la posición social definida a partir de la cual se espera un número de conductas predecibles inherentes a ésta (1).

Para Pichón Rivière, rol "es un modelo organizado de conducta relativo a una cierta posición del individuo en una red de interacción ligado a expectativas propias de los otros".

A lo largo de nuestra historia vital vamos aprendiendo y construyendo diversos roles, que se van desarrollando simultáneamente. Así en nuestra convivencia social nos vamos manejando dentro de lo que podríamos pensar como un sistema de roles, que implican siempre un tipo particular de relación e interrelación. Por ejemplo, quien es madre, esposa y médica no se relaciona de la misma manera con sus hijos, con su esposo o con sus pacientes, en cada relación desarrollará un conjunto de conductas diferentes que se vincularán con lo que se espera socialmente de esa función o rol, es decir actúa desde las conductas esperadas para ese rol.

La mayoría de los roles tienen su compañero de rol, por ejemplo médico-paciente o docente-alumno (2). En el desempeño del rol se da un interjuego relacional que lo complejiza.

Esto significa que, si bien hay un conjunto de conductas esperadas para cada rol, que serían las que no nos pueden faltar, se suman otras que tienen que ver con la otra persona, donde se ponen en juego aspectos de cada uno. Es por esta razón que, por ejemplo, una madre se comporta diferente con cada uno de sus hijos, o un médico es diferente con cada uno de sus pacientes. Claro que la madre seguramente cumple con lo esperado socialmente y el médico también, pero es el otro quien modula este in-

tercambio relacional dándole diferentes matices. Recordemos también la importancia de los aspectos sociales y culturales en este fenómeno.

Goffman plantea que los desarrollos y aproximaciones al concepto de rol han ido variando desde una concepción estructural-funcionalista hacia una interaccionista, que enfatiza la importancia de la construcción del rol en la interacción y la negociación más que en lo normativo.

De todos modos en la actualidad ambas conceptualizaciones coexisten y generan distintos tipos de controversias. Si bien la discusión de estos puntos de vista teóricos excede al objetivo del presente trabajo, es importante tenerlos presentes en la práctica profesional dado que suponen posicionamientos distintos. La conceptualización estructuralista y funcionalista define cada uno de los roles, su tipo y función y establece pautas de comportamiento (quien es el médico, quien el paciente, y como actúa cada uno). La postura interaccionista apela a la negociación en el desempeño del rol lo que parece más acorde con los modelos actuales de la relación médico-paciente y supone ubicarse y ubicar al paciente en roles asimétricos pero complementarios.

Se distinguirán roles formales o prescriptos, como aquellos que están determinados por la posición que ocupa un sujeto en una determinada organización o institución. Así, el rol social remite, como decíamos anteriormente, a un lugar o status. Y roles informales, cuando los sujetos juegan un papel, situacionalmente dado, en el aquí y ahora, dependiendo estos de la red de interacción grupal (3).

De ambas definiciones surge claramente la vinculación del rol a conductas e interacciones.

Interesa subrayar además que el concepto de rol es dinámico, está en constante cambio y exige flexibilidad en su desempeño. Si bien hay componentes constantes, otros no lo son porque dependen justamente de la relación entre los distintos actores. Los roles estereotipados y rígidos pueden bloquear la comunicación y la relación.

Clasificaciones de los roles

Existen distintas clasificaciones de roles, exponemos a continuación una de las más utilizadas:

- **Rol prescripto** que alude a la expectativa de la mayoría de las personas en relación al desempeño de determinado rol.
- **Rol subjetivo** hace referencia a la concepción particular que cada persona tiene en relación a los diferentes roles que desempeña.
- **Rol actuado** se refiere a lo que realmente hace cada persona en sus diferentes roles.

Ejemplificando lo anterior se puede decir que la mayoría de la sociedad tiene una expectativa del rol de médico (rol prescripto generalizado). Los colectivos médicos creen que su rol tiene que ser de determinada manera (rol prescripto profesional). Sin embargo un médico en particular, ve su rol desde su óptica personal (rol subjetivo).

Asimismo se desempeña como médico ejecutando determinadas acciones y conductas (rol actuado).

Muchas veces hay discrepancias entre ellos produciéndose lo que se conoce como “tensión del rol”.

Otro concepto a tener en cuenta es el de “conflicto de rol” que se produce cuando hay demandas o exigencias, que son incongruentes o incompatibles entre sí, en el momento de realizar la tarea requerida. Se ha demostrado que el conflicto de rol está relacionado con la insatisfacción, disminución del compromiso con el trabajo y deterioro del rendimiento.

Un ejemplo es la doble exigencia de tener que responder simultáneamente a demandas del trabajo y del hogar, lo que tiene claramente una connotación de género representando una sobrecarga para las mujeres en general y las médicas en particular.

Rol del médico

“Los atributos que definen al médico han ido variando con el tiempo y tienen características propias de la cultura de cada lugar en cada momento histórico”(4). En este sentido encontramos que a lo largo de los años se han producido cambios en lo que se espera del médico y también en lo que esperan los médicos de sus pacientes. La evolución de los derechos y obligaciones de los pacientes establecida por ley (5), como es el caso de nuestro país, ha tenido su impacto en esta relación.

Tal como lo plantean Schelotto y Doménech (2008) “El médico es un trabajador social cuyo rol consiste en contribuir a la conservación, la promoción y la protección de la Salud de las personas, las familias y los conjuntos sociales, o a su recuperación cuando es necesario, actuando en equipo con otros profesionales y con la propia población y sus componentes”(6). Esta conceptualización da una visión muy clara de los distintos roles que debe desarrollar el médico actual y cómo su función trasciende los límites de lo individual para comprometerse socialmente. No sólo porque para lograr un buen diagnóstico debe conocer el contexto social del paciente, sino porque debe velar por la salud pública en todos sus niveles. Se destaca además la importancia de la habilidad del médico para el trabajo en equipo.

Reafirmando lo anterior, el perfil de formación y competencias del egresado de la Carrera de Doctor en Medicina, de la Facultad de Medicina aprobado en el año 2006, destaca las características que debe reunir un egresado: “Un médico responsable, con sólida formación científica básico-clínica, capaz de realizar diagnósticos correctos, tomar decisiones clínicas precisas, capaz de comunicarse en su misión de prevenir, curar y derivar adecuadamente; profundamente humanista, crítico, preparado para investigar, educar y educarse, dispuesto siempre a aprender, proporcionándole durante su preparación las herramientas metodológicas imprescindibles a tal fin; comprometido con la ética, preparado conscientemente para trabajar en un sistema que priorice la atención primaria de la salud, adiestrado para interactuar armónicamente con los otros profesionales de la salud, que es en definitiva lo que demanda nuestra sociedad”. Por su parte los pacientes esperan que su médico además de tener los conocimientos y la capacidad técnica cuente con las habilidades comunicacionales, profesionales y humanas imprescindibles para desarrollar una adecuada relación con ellos.

El rol y su relación con las Habilidades Comunicacionales

El concepto de rol adquiere especial interés en la entrevista clínica. Específicamente el rol profesional se convierte en un elemento muy importante para el logro de la eficacia y eficiencia en la labor comunicacional del médico, ya que el rol de comunicador forma parte esencial de la tarea del médico. En el quehacer profesional la comunicación efectiva constituye una herramienta fundamental para la competencia clínica de un buen médico. Esta es la razón por la que la mayoría de los programas de las facultades de medicina incluyen el conocimiento teórico y el entrenamiento en habilidades comunicacionales.

Briozzo destaca especialmente el rol del médico como comunicador y se interroga sobre el modelo “paternalista clásico”, el que se ve cuestionado con el desarrollo de un modelo de “usuario informado”. Propone que se debe buscar profundizar el conocimiento social de los temas médicos mejorando la relación médico - paciente” (7). Por lo dicho, se espera que un médico en su rol, sea capaz de comunicarse de manera clara y eficaz, en forma verbal, no verbal y por escrito, teniendo en cuenta la diversidad y las limitaciones que pueden dificultar la comunicación con los pacientes, la familia, el equipo de salud y la comunidad (8). Es sabido que el fortalecimiento de las habilidades comunicacionales trae una serie de ventajas vinculadas a la mejora de la eficacia en la entrevista con su consecuente impacto en el diagnóstico y tratamiento, como asimismo aumenta la satisfacción del paciente y del médico logrando mejores resultados en sus intervenciones y disminuyendo los conflictos y reclamos del paciente”(9).

EJEMPLOS PRÁCTICOS

A continuación se plantean ejemplos de algunos de los problemas más frecuentes que se pueden generar por el manejo inadecuado del rol^a.

(8) Se da un Intercambio de roles cuando el médico comienza a hablar de sus propias dificultades y el paciente lo escucha, le pregunta y trata de ayudarlo.

Dr.: Con respecto a su insomnio, le diré que yo siempre he tenido problemas para dormir y lo que hago es leer, con lo cual si bien no duermo, me pongo al día con la lectura.

Paciente: ¡Qué barbaridad! ¿Y durante el día no se siente cansado con todo el trabajo que tiene? ¿Duerme una siesta?

Dr.: En realidad, descanso un par de horas antes de comenzar con la consulta de la tarde.

Paciente: Es una buena solución. ¡Si yo pudiera hacer lo mismo!

• El paciente **pregunta datos personales al médico** . Los pacientes suelen hacerles preguntas a sus médicos. La única condición para aceptar o rechazar cualquier requisitoria, es tener muy clara idea de qué desea saber en realidad el paciente, qué significa la pregunta y cual será la finalidad de la contestación.

• Se entra en **Competencia**, cuando lo que cuenta el médico no se relaciona con el paciente o lo hace de un modo competitivo que posiciona mejor al profesional que al enfermo.

Dr.: Bajar de peso es muy difícil, yo ya bajé 15kg , y pienso que Ud. lo logrará también, pero tiene que esforzarse más.

Cuándo la intervención del médico debería ser:

Dr.: Bajar de peso es muy difícil, pero muchas personas lo logran, pienso que Ud. lo logrará también.

A modo de conclusión puede decirse entonces que las aproximaciones teóricas al concepto de rol constituyen un aporte muy valioso para el desempeño profesional del médico. En el encuentro con el paciente es muy importante la habilidad comunicadora del médico que conjuntamente con la actitud técnica facilitarán la tarea diagnóstica . Los diferentes contextos en los que desarrolla su trabajo exigen flexibilidad en el manejo del rol profesional, donde el rol de comunicador es uno entre los muchos roles que debe desempeñar simultáneamente el médico. Subrayar que el “ser” y el “hacer” están transversalizados por los pacientes, las instituciones y la regulación estatal.

a. Ejemplos tomados del Libro Virtual: “ Acerca de la buena comunicación en medicina” de María del Carmen Vidal y Benito.

Referencias bibliográficas:

- (1) Archer Jackson, J. (1972).
Role.
Cambridge, UK: Cambridge University Press, Sociological Studies. Volumen 4.
- (2) Herrera Gómez, M. & Soriano Miras, R.M. (2004).
La teoría de la acción social en Erving Goffman.
Granada, España: Revista de Sociología. Papers 73; 59-79.
- (3) Rambaut L. (2013).
Diccionario crítico de psicología social: según la teoría del doctor Enrique Pichon Riviere.
Buenos Aires, Argentina: Editorial Ion.
- (4) Vidal y Benito, M.C.(2007).
Acerca de la buena comunicación en medicina.
Buenos Aires, Argentina: Intramed. Libros Virtuales. Recuperado en www.intramed.net/sitios/librovirtual6/ .
- (5) El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay (2008).
Ley Nº 18.335. Pacientes y usuarios de los servicios de salud.
Se establecen sus derechos y obligaciones: Publicada D.O. 26 ago/008 - Nº 27554. Recuperada en <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18335&Anchor>
- (6) Schelotto, F & Domenech, D. (2008).
Editorial. Rev Med Urug 2008; 24: 227-229.
- (7) Briozzo, L.
Sociedad y Profesión Médica. Aportes para reformular la relación.
Ser Médico. Portal Informativo del Sindicato Médico del Uruguay (SMU).
Recuperado en <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/solis3/doc2.htm>.
- (8) Grupo Misión y Perfil por Competencias (2006).
Perfil del Egresado de Facultad de Medicina.
UdelaR: Recuperado en <http://www.fmed.edu.uy/institucional/perfil-del-medico>.
- (9) Moore, P. et al. (2010).
La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas?
Rev Med Chile. (Artículo especial) 2010; 138: 1047-1054.

La importancia de ponerse en el lugar del otro: la empatía

Lic. Psic. Sofía Castro

Establecer un vínculo empático es uno de los elementos centrales en la relación médico paciente. El objetivo de este capítulo es brindar una conceptualización actualizada de la noción de empatía, acompañada de ejemplos prácticos, que sean útiles para observarla y ponerla en práctica.

Concepto de empatía

Si bien filósofo alemán Robert Vischer (1) fue el primero en utilizar formalmente el término en alemán, fue el psicólogo británico Edward Titchener en 1909 quien acuña el término empatía como una "cualidad de sentirse dentro". A partir de ese momento la definición de empatía se fue modificando hasta llegar a la actualidad. El médico y estudioso de la importancia de la empatía en la relación médico paciente, Ronald H. Spiro (2) propone a la empatía como una habilidad esencial al momento de construir una buena relación médico paciente, donde intervendrán tanto aspectos emocionales como cognitivos. Implicaría la capacidad de poder "comunicar que usted ha escuchado al paciente y da como resultado en los pacientes una sensación de entendimiento y comprensión" (3). Por tanto tendremos dentro de la relación empática dos movimientos: el primero vinculado a la capacidad de escucha del médico y de poder comprender lo que le sucede al paciente y el segundo implica el poder comunicar dicho entendimiento.

No alcanza entonces con poder comprender al paciente sino que implica además poder dar cuenta de ello, evitando que el paciente se aisle y favoreciendo así la apertura para transmitir sus sentimientos o preocupaciones (4).

¿Cómo demostrar empatía?

Diversas son las herramientas de las que podemos hacer uso para generar una relación empática. El hecho de que el encuentro se de en un encuadre favorecedor, con cierta privacidad, manteniendo una escucha activa y promoviendo la expresión por parte del paciente sin emitir juicios de valor son elementos que facilitarán al entrevistador para que se genere un buen vínculo.

Gwen Van Servellen (5) propone algunos pasos para la relación empática:

IDENTIFICACIÓN - *PONERSE EN LOS ZAPATOS DEL OTRO:*

Requiere por parte del profesional comprender la situación y los sentimientos del otro. Para lograr este primer paso es necesaria cierta flexibilidad, para que la situación sea sentida como real y no como ajena. Para el comienzo por ejemplo podría ser útil preguntar acerca de experiencias previas que haya tenido el paciente en relación a su salud. Por ejemplo: "Cuénteme, ¿Ha venido ya a este servicio?" o "¿Ha estado ya aquí? ¿Cómo fue su experiencia?"

INCORPORACIÓN - *HACER SUYA LA VIVENCIA, LA EXPERIENCIA Y LOS SENTIMIENTOS NARRADOS POR EL OTRO:*

Este paso implica que la situación del paciente sea incorporada por el profesional. Esto colabora a hacer la situación del paciente más real para el profesional aunque siempre se debe distinguir que la situación es del paciente y no propia. El autor propone como ejemplo la frase: "entonces esto realmente lo preocupa" como una manera de dar cuenta de dicho entendimiento.

REVERBERACIÓN - *DEJARSE CONMOVER:*

La experiencia del profesional interactúa con la información que trae el paciente. Este es el paso fundamental para la comprensión de lo que sucede. Implica distinguir entre aquello que le sucede al paciente y la lectura que el médico ha podido hacer. "Tiene miedo de que la operación salga mal. Aún sabiendo que es muy poco probable, sigue teniendo miedo".

DESAPEGO ("DETACHMENT") - *TOMAR UNA DISTANCIA FUNCIONAL ADECUADA:*

El último paso implicará la capacidad del profesional de regresar a su propio marco de referencia. Luego que hemos atravesado los tres anteriores este último implica poder devolverle al paciente que lo hemos entendido. Se le podría decir "Entiendo que usted tiene miedo que esta imagen en la radiografía sea lo mismo que tuvo su padre cuando le diagnosticaron el cancer de pulmón".

Es fundamental que estos pasos sean acompañados de aspectos no verbales. Para poder mantener una actitud empática es básico mantener contacto visual con el paciente, invitándolo con gestos (como asentir con la cabeza) a que siga hablando. Una postura relajada frente al paciente buscando una adecuada cercanía, también será fundamental.

¿Empatía es lo mismo que simpatía?

Es importante tener en cuenta que el hecho de comprender la situación es diferente de estar de acuerdo con aquello que el paciente manifiesta, empatizar implicará dejar nuestros prejuicios e ideologías y poder ver el mundo a través del cristal del otro. Es así, que debemos distinguir a la empatía de la simpatía. Mientras la empatía apunta a dejar de lado nuestro punto de vista (6) para poder ponernos en los zapatos del otro,

la simpatía implica una inclinación afectiva y un juicio de valor, es sentir que “me cae bien”, “es agradable conversar con él o ella” o es buena persona”. Es así que la simpatía se puede constituir en un riesgo dentro de la relación médico paciente, haciendo que aspectos de la subjetividad del médico puedan interferir desfavorablemente.

Se podrían catalogar como dos movimientos contrarios, ya que la empatía implica poder identificarse con aquello que le suceda al paciente, mientras que la simpatía implica inclinarse por aquello que le pasa y emitir juicios de valor ya sea a favor o en contra de lo que el paciente manifiesta.

Empatía no es entonces simpatía, ni tampoco tener un vínculo de amistad con el paciente, así como tampoco es un trato amistoso o campechano.

¿Que requisitos se requieren para construir una relación empática?

Algunos de los requisitos para la construcción de un vínculo empático son los siguientes (8):

a) REQUISITOS DEL ENTREVISTADOR:

- Saber usar la empatía: Implicaría tener en cuenta a la empatía como una actitud que favorecería ampliamente el vínculo entre el profesional y el paciente.
- Características personales: Dentro de éste punto encontramos la capacidad o disposición para relacionarse, la facilidad para evitar la distracción, la capacidad de ser flexible para comprender o experimentar las circunstancias del otro y la capacidad de identificar el dolor o padecimiento del paciente. Los temas del paciente pueden ser muy movilizados para el médico (identificación masiva y reverberación intensa), sin posibilidad de tomar distancia, por eso es necesario tener un grado de autoobservación lo suficientemente bueno como para permitir que emerjan pensamientos displacenteros o dolorosos y la capacidad de poder conectarlos con las propias experiencias.
- Tener en cuenta los problemas personales: Estos podrían ser inconvenientes financieros, de salud, o problemas a nivel intrafamiliar.
- Bienestar emocional: Cuando un entrevistador está experimentando una tensión emocional muy fuerte repercute sobre la atención y su capacidad empática. Esto está directamente relacionado con el síndrome de burn out, que implica un desgaste físico, psíquico y emocional del profesional que lo conduce a un proceso de despersonalización de los pacientes. La despersonalización implica un vínculo demasiado alejado sin permitir que se dé el movimiento de identificación con el paciente.

b) REQUISITOS DEL ENTREVISTADO:

- La capacidad para reconocer afectos, sentimientos y poder hablar de ellos de manera abierta .

- Tener disposición para lo anterior pero tener limitada la habilidad de expresarse verbalmente por diversos motivos, como ser por ejemplo: su enfermedad, el idioma, la cultura o sus creencias.

c) REQUISITOS POR PARTE DEL ENTORNO:

- Un entorno donde se ha tomado la precaución de minimizar al máximo las barreras ambientales y del entorno (ver capítulo XXX) será el mas adecuado para establecer un vínculo empático.

REQUISITOS	CARACTERÍSTICAS
DEL ENTREVISTADOR	Saber usar la empatía, características de la personalidad del entrevistador, tener en cuenta los problemas personales y el bienestar emocional.
DEL ENTREVISTADO	Capacidad para reconocer pensamientos y sentimientos, poder hablar de ellos y habilidades para expresarlos verbalmente, sin limitaciones por características físicas, culturales, religiosas o del idioma.
DEL ENTORNO	Características institucionales y del ambiente de trabajo que favorezcan el vínculo empático, disminuyendo al máximo las barreras existentes,

¿Existen personas que no tengan capacidad para la empatía? ¿Empático se nace o se hace?

El hecho de si la empatía puede ser aprendida, es un tema que se encuentra aún en discusión. Si tenemos en cuenta a la empatía como una actitud probablemente sí se pueda adquirir, a través del aprendizaje de algunas conductas. Por otro lado, si tomamos a la empatía como una emoción, el aprendizaje sería posible a través de la autoobservación, identificando los aspectos personales que intervienen en la construcción del vínculo empático.

Mas allá de esto, es importante destacar que la empatía puede ser medida y por tanto estudiada, por ejemplo a través la escala de Jefferson (9) o la escala para medir la empatía realizada por Mehrabian y Epstein (10), entre otras.

Conclusión

La empatía es entonces un elemento central de la comunicación entre los miembros del equipo de salud y el paciente que implicará diferentes acciones tanto desde lo verbal como de lo no verbal. Implica poder comprender los sentimientos del paciente a la vez que el profesional maneja sus propios sentimientos a través de la autoobservación

pudiendo dar cuenta de los aspectos personales que pueden interferir en el vínculo. Es la capacidad de ponerse en el lugar del otro, entrar a su mundo y también poder manifestar ese entendimiento, favoreciendo así que se genere entre el profesional y el paciente un vínculo de confianza.

EJERCICIO PRÁCTICO

En la próxima tabla verás dos columnas. En la columna izquierda están las conductas empáticas y en la columna derecha verás espacios vacíos que deberás llenar. La propuesta es que en tu próxima conversación utilices las conductas empáticas propuestas en la columna izquierda y en la derecha escribas acerca de cómo resultó esa experiencia².

Conductas empáticas	¿Cómo me sentí utilizándolas?
Escucho el punto de vista del otro, prestando atención tanto física como psíquica.	
Trato de dejar el juicio personal de lado y ponerme en los zapatos del otro.	
Respondo de manera continua y breve a lo que la otra persona dice, promoviéndolo que continúe hablando.	
Me muevo gradualmente hacia la exploración de temas sensibles y los sentimientos de la otra persona.	
Respondo empáticamente y después presto atención a actitudes que confirmen o descarten, si dicha respuesta fue adecuada o no.	

Referencias Bibliográficas:

- Fernández, I., López, B. & Márquez, M. (2008). Empatía: medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología*. 2008; 24 (2): 284-298.
- Spiro, H. (1992). What is empathy and can it be taught? (1992). *Ann Intern Med*. 1992. May 15; 116 (10): 843-846.
- Fortin, A., Dwamena, F. & Frankel, R. (2012). Smith R. *Smith's Patient Centered Interviewing* (3ª edición). Nueva York, USA: Mc Graw Hill.
- Silverman, J., Kurtz, S. & Draper, J. (2005). *Skills for communicating with patients* (2ª edición). Oxford. UK: Radcliffe.
- Van Servellen, G. (2009). *Communication Skills for the health professional*. (2ª edición). Boston. USA: Jones and Bartlett Publishers.
- Griffin, E. (2012). *A first look at communication theory*. (8ª edición). Nueva York. USA: Mc Graw Hill.
- Silverman J., Kurtz, S., & Draper, J. (2005). *Skills for communicating with patients*. (2ª edición). Oxford. UK: Radcliffe.
- Van Servellen, G. (2009). *Communication Skills for the health professional*. (2ª edición). Boston. USA: Jones and Bartlett Publishers.
- Hojat, M., Gonnella, J. & Maxwell, K. (2009). *Jefferson scale of empathy. Professional manual & user's guide*. Estados Unidos: Editorial Jefferson Medical College.

2. Adaptación de Leutenberg, E. & Liptak, J. (2008). *The communication Skills Workbook: Self- Assessments. Exercises & Educational Handouts*. Duluth, Minnesota: Whole Person Associates. Traducción realizada por Sofía Castro y aprobada por los autores el 23 de Marzo del 2014.

Los vínculos en la práctica médica: aprendiendo a generar un buen rapport con el paciente

Lic. Psic. Verónica Pérez

El objetivo de este capítulo es que el estudiante de medicina aprenda qué es un vínculo, qué es el rapport inicial, y cuáles son los fundamentos psicológicos, sociales y fisiológicos de estos dos conceptos. También busca aportar algunos ejemplos que permitirán al estudiante reconocer las conductas favorecedoras de un buen rapport y un buen clima emocional en la entrevista médica.

¿Qué es un vínculo?

La palabra vínculo proviene del latín (vinculum) y significa unión, lazo o atadura entre dos personas, animales o cosas, materiales o inmateriales. Cuando hablamos de vínculo entre seres humanos, nos referimos a un lazo o unión afectiva y simbólica.

Los seres humanos nacemos con un equipamiento biológico que nos torna aptos y disponibles para el encuentro con otros seres humanos, pero a diferencia de los animales -que traen un conocimiento innato de como comunicarse y relacionarse con los otros de su especie- los seres humanos precisamos aprender a vincularnos.

Realizamos ese aprendizaje a través de las experiencias vividas a lo largo nuestra historia. Esas experiencias van dejando una impronta, que se va articulando en un conjunto de representaciones psíquicas que adquieren cierta permanencia en el sujeto.

Dicho de otra forma es nuestra propia forma de ser y sentir a los demás y de responder como los demás nos ven y se sienten con nosotros. A este conjunto de representaciones psíquicas de sí mismo, del otro y del vínculo, Bowlby (1988) lo denominó "modelo de funcionamiento interno".

El modelo de funcionamiento interno es propio y singular de cada sujeto, y tiene como matriz los patrones de interacción con nuestros padres de la primera infancia. Este

modelo nos permite anticipar e interpretar el comportamiento de los demás, modulando nuestra conducta a partir de esa interpretación (certera o errada) de la realidad. Esto explica por qué los vínculos humanos son tan complejos y conflictivos. La complejidad de los vínculos humanos, sin embargo, constituye una ventaja evolutiva: al no estar determinado por el instinto sino por la experiencia, el modelo de funcionamiento interno puede ir cambiando a lo largo de la vida.

Por ejemplo, un sujeto que pasó por experiencias dolorosas en la infancia, en una edad en que no tenía todavía palabras para mentalizar lo que le sucedía, puede tener dificultades para vincularse con las personas, por anticipar, erróneamente, que todos los encuentros serán igualmente peligrosos o dolorosos. Sin embargo, repetidas experiencias emocionales positivas, podrían ayudarlo a transformar ese patrón vincular, produciéndose lo que se llama una "experiencia emocional correctiva".

El modelo de funcionamiento interno representa, entonces, una especie de "diccionario" que cargamos siempre con nosotros, a partir del cual interpretamos nuestras relaciones con los demás, diccionario que construimos en nuestra infancia, pero que permite nuevas incorporaciones y ajustes a lo largo de la vida.

El vínculo en la relación médico paciente

El vínculo entre un médico y su paciente también está determinado por el estilo particular que cada uno tiene de vincularse, ya que ambos -médico y paciente- traen una historia de vida previa llena de encuentros y desencuentros.

Un paciente que tuvo malas experiencias en sus vínculos anteriores con otros médicos, puede llegar a la consulta con mucho temor y ansiedad, predisuesto a otro mal encuentro. Una actitud comprensiva y abierta del médico, en el marco de una buena relación médico paciente, podrá ayudarlo a modificar este modelo interno.

El vínculo que el paciente establece con su médico puede llegar a ser para él muy intenso y relevante. Sobre todo cuando está en riesgo su propia vida, o está atravesando experiencias emocionales intensas y movilizadoras que despiertan en él recuerdos de vivencias muy tempranas relacionadas con el desamparo y la desprotección, vividas en el vínculo con sus figuras de cuidado en la infancia (Viera, 2009).

El vínculo que establece con su médico puede llegar a ser, en estos casos, particularmente intenso y relevante, reviviendo en la relación médico paciente los mismos sentimientos que registró en los primeros encuentros de su vida, en un fenómeno que el psicoanálisis ha denominado "transferencia" (Freud, 1912).

Por ejemplo, un paciente con una enfermedad crónica grave, puede presentarse enojado y reivindicativo, porque está reviviendo en la relación con su médico, experiencias repetidas de desamparo acumuladas a lo largo de diferentes momentos de su vida, y que se reactivan en el presente en función del sentimiento de desamparo que le provoca su enfermedad.

Por ese motivo, es imprescindible que el médico esté muy atento al estado mental con el

que el paciente llega a la consulta: reconocer los sentimientos que predominan en el paciente (ansiedad, temor, desconfianza, gratitud, sumisión) y como estos sentimientos inciden en el vínculo, ayudarán al médico a buscar mejores formas de comunicarse con su paciente, facilitando que comprenda y quiera seguir las indicaciones que está recibiendo.

Comenzando el vínculo: estrategias para lograr un buen *rapport* con el paciente

Para poder construir una relación médico paciente efectiva, donde predomine un vínculo de confianza y respeto, es necesario, primero, generar un buen *rapport*.

El diccionario médico define *rapport* como *un sentimiento consciente de acuerdo, empatía, y respeto mutuo entre dos o más personas, que promueve el proceso terapéutico*³.

La importancia del *rapport* en la construcción de la relación médico paciente, ha sido destacada por diversos autores (Neighbour, 1987; Cohen-Cole, 1991; Smith, 2002; Pendleton, 2003; Silverman and Kurtz, 2005).

Promover un buen *rapport*, y realizar un diagnóstico correcto, están entre los dos objetivos principales de la primera entrevista. El *rapport* se construye a lo largo de toda la primera entrevista, pero la mayoría de los autores señala la importancia que tienen los primeros momentos del encuentro, pues es allí donde se recibe la primera “impresión” uno del otro. Brindaremos a continuación algunas pautas para esa primera entrevista.

Pautas de conductas que favorecen el *rapport*

Las pautas de conducta que aquí sugerimos, extraídas de diferentes autores, son conductas o actitudes que el médico o estudiante de medicina puede adoptar fácilmente durante la consulta médica, y que tomadas en su conjunto, contribuyen a generar un buen *rapport*; en otras palabras, facilitan el clima de confianza necesario para el desarrollo de un buen vínculo entre el médico y su paciente, y por lo tanto, son esenciales para el éxito de la relación médico paciente.

Las pautas que mencionaremos, fueron en su mayoría extraídas de los libros “Skills For Communicating with Patients” (Silverman y Kurtz, 2005) y “Smith’s Patient-Centered Interviewing” (Smith, 2012) de quienes tomamos los aspectos más relevantes a los objetivos de este Manual.

3. “the conscious feeling of accord, trust, empathy, and mutual responsiveness between two or more people (e.g., physician and patient) that fosters the therapeutic process” (Medical Dictionary for the Health Professional and Nursing (Farlex, 2012) in On-line Medical Dictionary, 2013 - key-word *rapport* (medical-dictionary.thefreedictionary.com/*rapport*).

a) RECIBIR AL PACIENTE EN CONDICIONES ADECUADAS

Para generar un buen *rapport* es esencial recibir al paciente de la mejor forma posible. Esta tarea comienza antes incluso de su llegada: previo a que el paciente entre en la sala, es deseable que el médico termine la tarea que está realizando y se concentre en el paciente que va a entrar.

Independiente del tiempo de duración de la consulta, es importante que el paciente sienta que durante ese tiempo que se le dedica, la atención del médico está totalmente dirigida a escuchar y entender las preocupaciones que él trae.

Si el paciente entra en el consultorio y encuentra al médico distraído leyendo un informe de otro paciente, o enfrascado en una llamada telefónica con otra persona, la primera sensación que el paciente tendrá de su médico es de que éste está muy ocupado o muy apurado, o bien que no ha registrado su presencia en la sala.

De la misma forma, es importante que el médico o el estudiante compruebe las barreras existentes tal como se menciona en el capítulo XXX.

b) PRESENTARSE Y SALUDAR

Una vez que se está frente al paciente, el médico o estudiante de medicina debe presentarse y saludar.

El momento de las presentaciones es importante, y debe quedar claro para el paciente el nombre, la especialidad del que lo entrevista, y su rol en la institución (si es médico, estudiante, practicante o residente).

Es imprescindible preguntar el nombre del paciente, o bien chequear con él si el nombre que consta en la ficha del profesional está correcto. Si el paciente tiene dos nombres, es importante preguntarle por cuál de los dos nombres el paciente es habitualmente llamado.

En una consulta en policlínica puede no ser necesario explicar el motivo de la entrevista, pero en cualquier otra circunstancia, es fundamental que el médico o estudiante explique al paciente la naturaleza y objetivos del encuentro.

Si se trata de un estudiante que tiene la función de entrevistar al paciente antes de que este hable con su médico, deberá informarlo, pedirle su consentimiento, y aclarar qué es lo que va a hacer con los datos que recabe (por ejemplo, transmitirle al médico tratante los aspectos más importantes de lo conversado con el paciente).

Si se trata de un médico suplente, o de un especialista al que se le solicita una interconsulta, es fundamental que el profesional siga el mismo procedimiento, explicándole al paciente por qué lo va a entrevistar él, y preguntándole si está de acuerdo con realizar la entrevista.

c) UN GESTO PUEDE MAS QUE MIL PALABRAS (TENER EN CUENTA LOS MENSAJES NO VERBALES)

Una postura corporal que demuestre interés y respeto por el paciente es esencial para el establecimiento de un buen *rapport*. El tono de voz, la proximidad ideal, y el contacto visual, son elementos de la comunicación no verbal fundamentales. Más adelante abordaremos los aspectos fisiológicos subyacentes a estos elementos.

Mirar continuamente el reloj o el teléfono celular, puede generar en el paciente la sensación de que el médico está apurado o poco disponible, y puede hacer que el paciente omita información importante para no prolongar la entrevista, además de impedir un buen *rapport*.

d) GENERAR UN AMBIENTE CÓMODO

Es necesario también observar la conducta no verbal del paciente, que puede indicarnos si este se encuentra cómodo en su asiento, si le cuesta sentarse debido a algún dolor, si hay algo del ambiente que lo distrae. También es importante ofrecer un lugar adecuado donde depositar abrigos, paquetes o bolsos que el paciente pueda haber traído.

e) PROMOVER UN CLIMA DE ACEPTACIÓN

Durante toda la entrevista, favorece el *rapport* que el profesional pueda promover un clima de aceptación, donde el paciente pueda manifestar sentimientos o pensamientos sin sentirse juzgado o avergonzado. Poder comunicarle al paciente que se le entiende, aceptar sin criticar los sentimientos que este expresa, invitarlo a que hable de lo que está sintiendo con respecto a su enfermedad, habilitan un clima de confianza.

Ejemplo: un paciente que se siente avergonzado al comunicarle al médico que no quiere tomar la medicación porque tiene miedo de los efectos secundarios que presenta la misma. El médico o estudiante de medicina puede decirle que lo entiende, y que le parece absolutamente natural que se sienta así, y que está muy bien que hable de esas cosas, porque de esa forma se le podrá aclarar sobre los posibles efectos de la medicación y ayudarlo a contrarrestarlos.

f) EXPRESAR APOYO VERBALMENTE

Es altamente eficaz que el médico o estudiante de medicina sea capaz de expresarle al paciente su apoyo, comprensión y disponibilidad. También es fundamental que el paciente sienta que se valorizan y reconocen, por pequeños que sean, los progresos que realiza en dirección a mejorar su salud y a su autocuidado.

g) DEMOSTRAR CAPACIDAD DE EMPATÍA ANTE EL DOLOR O EL MALESTAR FÍSICO O PSÍQUICO DEL PACIENTE

Es importante prever algunas situaciones que podrían generar dolor o vergüenza en el paciente, para tratar de minimizarlas, mostrando sensibilidad ante el ma-

lestar o incomodidad del paciente.

En las entrevistas realizadas durante la internación hospitalaria, por ejemplo, el entrevistador debería tener en cuenta el estado en que se encuentra el paciente, si está sintiendo dolor, si tiene hambre, calor o somnolencia que le impidan de prestar suficiente atención, o que implique un esfuerzo demasiado grande para el paciente en ese momento. En una situación de internación, el paciente tiene menoscabada su privacidad y su sentimiento de identidad: es importante ser sensible a situaciones donde el paciente pueda sentir vergüenza o pudor por no estar completamente vestido.

Es una buena práctica, en este caso, que el médico de tiempo suficiente al paciente para que pueda cubrirse o vestirse antes de comenzar la entrevista, y cuidar lo que se habla en frente de terceros, cerrando la puerta o corriendo cortinas para generar una sensación de protección o intimidad.

h) SEGUIR LAS PAUTAS CULTURALES DE EDUCACIÓN Y ETIQUETA

Para terminar, es importante destacar el valor cultural que posee el sonreír, saludar y usar un tono de voz cordial. Estas son conductas socialmente apreciadas, a través de las cuales demostramos que damos valor y reconocimiento al otro. Es necesario también tener en cuenta que algunas culturas tienen pautas de etiqueta diferentes a las nuestras; tenerlas en cuenta es fundamental para generar un buen *rapport* con el paciente.

Fisiología del *rapport*

En el apartado anterior dimos una definición de *rapport* que además de estar de acuerdo con nuestra visión respecto al tema, es la más difundida en la literatura médica sobre relación médico paciente.

En este apartado, sin embargo, vamos a trabajar con una segunda definición de *rapport*, que toma más los aspectos no verbales implicados en la función, y por eso nos parece una noción complementaria, a la definición anteriormente dada.

Levenson y Ruef (1997), en su artículo *Physiology of Rapport and Emotional Knowledge*, definen *rapport* como la capacidad de acompasamiento o sincronización emocional entre uno o más sujetos.

La sonrisa, el tono de voz, la gestualidad, la postura y el tono muscular, son conductas no verbales de alto impacto, que generan modificaciones fisiológicas y emocionales en el otro.

Vibrar en el mismo compás

El *rapport*/acompasamiento, funciona en base a lo que se denomina capacidad de contagio emocional: se trata de una conexión o sincronización que nos pone en el mismo tono emocional que la persona con la que estamos interactuando, lo cual es un

paso previo o simultáneo para entender lo que le pasa (conocimiento emocional, base de la empatía).

El acompasamiento implica una conexión automática, que establecemos con el otro a través de varios canales perceptivos, y a través de la sincronización de varios sistemas fisiológicos. Esto quiere decir que cuando compartimos una emoción, o incluso cuando apenas observamos esa emoción en otra persona, se generan cambios automáticos en nuestra postura corporal, en nuestra mímica facial, y a nivel del sistema nervioso central.

Esta sincronización entre las personas, se ha identificado en innumerables formas de interacción social, siendo la más clara, la relación madre-bebé. En los primeros meses de vida, en los cuales el bebé no tiene todavía a su disposición representaciones verbales, puede sin embargo sincronizar ritmos de sueño y vigilia con las personas del ambiente que lo rodea, así como es capaz de sincronizar el ritmo cardíaco con el de su madre durante los juegos. Establece verdaderos diálogos con el otro, respondiendo con vocalizaciones, sonrisas, diferencias en el tono muscular y respuesta en espejo a la mímica facial de la madre, en forma alternada a las palabras y gestos que esta le dirige.

Esto muestra que el ser humano nace equipado con esta facultad de resonar y sintonizar con el otro.

Los estudios en este campo, citados por Levenson y Ruef, muestran las siguientes conclusiones:

a) LA SINCRONIZACIÓN SE PRODUCE AÚN SIN VÍNCULO EMOCIONAL

La sincronización emocional no implica necesariamente un vínculo emocional estrecho: basta con observar a otra persona vivenciando una emoción, para que se produzca un acompasamiento o sincronización emocional y fisiológica con la otra persona. Tenemos, por ejemplo, reacciones fisiológicas imperceptibles cuando vemos por televisión el reportaje a una persona que ha sufrido una tragedia (ej. aumentan los latidos cardíacos).

b) LA SINCRONIZACIÓN FUNCIONA DE MODO AUTOMÁTICO E INDEPENDIENTE DE NUESTRA VOLUNTAD

Cuando vemos una emoción en la otra persona, nuestra expresión facial y nuestra postura corporal cambian sin que nos demos cuenta, el ritmo cardíaco se eleva, y sentimos en nosotros el afecto que asociamos con la expresión de la otra persona. En algunas situaciones se ha observado que el ritmo cardíaco de dos personas dentro de una relación entra en sincronía cuando están de acuerdo, y des-sincronizan cuando están en desacuerdo.

c) PODEMOS INDUCIR ESTADOS EMOCIONALES EN EL OTRO

Los estudios revelan que podemos inducir en el otro, estados emocionales particulares, a partir de nuestra mímica facial y nuestra postura. Nuestra sonrisa, tono de voz y postura corporal pueden calmar al otro. Pero si nuestra postura es de desánimo o enojo, podemos inducir en el otro estas mismas emociones.

d) LA SONRISA PRODUCE UN ALTO CONTAGIO EMOCIONAL

Un hallazgo importante de Levinson y Ruef, es que un gesto tan simple como la sonrisa, posee la facultad casi universal de inducir la sonrisa en el otro: ver a alguien sonreír nos induce a hacer lo mismo, de modo casi irresistible y automático. Esto da fundamento a la recomendación que se le hace al médico o estudiante de medicina, de recibir al paciente con una sonrisa cálida: la sonrisa induce, por contagio, una respuesta positiva en el otro, siendo esencial para el establecimiento de la confianza, y el establecimiento del vínculo.

e) EL ENOJO PRODUCE MÁS CONTAGIO EMOCIONAL QUE LAS EMOCIONES POSITIVAS

Otro elemento muy importante para el tema que nos ocupa, es la observación de que la mímica facial correspondiente al enojo, produce de forma casi inmediata y automática una respuesta análoga en el otro. Recibir o responder a una persona con expresión de enojo, genera cambios fisiológicos en esta persona, que se traducen en sensaciones penosas. Cuando estamos enojados, el contagio es casi inmediato, y la sincronización con el otro, produce una escalada emocional que nos deja cada vez más enojados. Esto se debe a que el enojo tiene la particularidad de ser altamente contagioso, y su desarrollo es inversamente proporcional a la empatía y al conocimiento emocional, generalmente se usa la expresión “cegado por la rabia”. Esto quiere decir que cuanto más enojados estamos, menos capaces somos de entender lo que le sucede al otro y lo que nos sucede, y nos hallamos impedidos, por lo tanto, de encontrar una solución para el desacuerdo. Por el contrario, cuanto más tranquilos nos sentimos, y cuanto más positivas son las emociones que estamos vivenciando, más facilidad tenemos para interpretar empáticamente lo que le sucede al otro. Esto constituye una indicación muy importante en la práctica clínica: *cuando se enfrenta un paciente enojado, es necesaria una buena dosis de autoobservación para no ser contagiados por el enojo del otro*. Al contrario, si el médico o estudiante permanece calmado y asertivo, respondiendo con tono suave y pausado, es probable que pueda inducir en el paciente un estado análogo de calma y tranquilidad. De lo contrario, ambos van a terminar enojados hasta el final de la consulta.

Es claro que no todos somos igualmente sensibles al contagio emocional y al rapport, facultad que varía de una persona a otra. Las diferencias en el modo en que cada uno resuena ante las emociones del otro, tienen que ver con la diversidad de experiencias emocionales que cada persona adquiere en la vida, entre las cuales, las experiencias infantiles, como ya comentamos, son muy determinantes.

Rapport y Clima emocional

Llegamos ahora al último concepto a ser trabajado en este apartado, que es el de clima emocional, que tiene que ver con la atmósfera **o el conjunto de sentimientos predominantes en una interacción social**. La mayoría de nosotros podemos percibir, al observar la interacción entre dos o más personas en diferentes tipos de situación social, la presencia de algún tipo predominante de emoción. Por ejemplo, el clima de alegría entre los participantes de una fiesta, o de tensión entre los estudiantes antes

de una prueba, o de tristeza en una familia ante la situación de pérdida de un ser querido.

Como ya dijimos, llegamos a obtener esta información a través de nuestra facultad de acompañamiento, utilizando diversos canales perceptivos (auditivos, visuales) fisiológicos y posturales, que nos permiten acceder a ella.

Poder identificar el clima emocional predominante en una consulta, es el primer paso para poder sintonizar con el paciente, y para efectuar modificaciones que lleven a un clima emocional más favorable al vínculo que la consulta requiere.

Con esto damos por terminado este recorrido que nos propusimos, por las nociones de vínculo, rapport y clima emocional, y su importancia en la relación médico paciente.

Referencias Bibliográficas:

- Bowlby, J. (1999). Attachment. Attachment and Loss (Vol. 1). New York. U.S.A.: Basic Books (2ª ed. edición).
- Cohen-Cole, S. (1991). The Medical Interview, The Three Function Approach. En Cohen-Cole, S. & Bird, J. (2000) Mosby-Year Book. 2nd edition. St. Louis. USA. (MO) Mosby Inc.
- Fortin, A, Dwamena, F, Frankel, R & Smith, R. (2012). Smith's Patient Centered Interviewing. An Evidence-Based Method. USA: The McGraw-Hill Companies Inc.
- Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. En Freud, S. (1998) Sigmund Freud Obras Completas. Tomo XII (Edición Estándar). Buenos Aires. Argentina: Amorrortu Editores S.A.
- Harrigan, J.A., Oxman, T.E., & Rosenthal, R. (1985). Rapport expressed through nonverbal behaviour. Journal of Nonverbal Behaviour, 9(2), 95-110.
- Levenson, R. & Ruef, A. (1997). Physiological Aspects of Emotional Knowledge and Rapport. En Ickes, W. (1997). Empathic Accuracy. New York. USA: The Guildford Press.
- Medical Dictionary for the Health Professional and Nursing (2012) en Online Medical Dictionary (2013). Recuperado de <http://www.medicaldictionary.thefreedictionary.com/rapport>
- Neighbour, R. (1987). The Inner Consultation. Lancaster. UK: MTO Press Lancaster.
- Pendelton, D., Schofield, T., Tate, P. & Havelock, P. (1984). The Consultation: An Approach to Learning and Teaching. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Pendleton, D., Schofield, T., Tate, P. & Havelock, P. (2003). The New Consultation. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Silverman, J. & Kurtz, S. (2005). Skills For Communicating with Patients. Oxford. UK: Radcliffe Publishing.
- Silverman, J. & Kinnorsley, P. (2010). Doctors' nonverbal behavior in consultations: look at the patient before you look at the computer. British Journal of General Practice (BJGP). Feb 1, 2010; 60(571): 76-78. doi: 10.3399/bjgp10X482293
- Viera, M. (2009). ¿Qué hacer cuando el paciente llora? Recuperado en <http://www.meses.com.uy/comunicacion-que-hacer-cuando-el-paciente-llora>

Escucha activa, escucha reflexiva y escucha empática: pilares para una atención centrada en el paciente.

Lic. Berta Varela, Dra. Ana Laura Hernández, Lic. Sofía Castro

Introducción

El nuevo paradigma de atención en salud se basa en una comunicación centrada en el paciente. Esta forma de atención permite que el paciente tenga una actitud más activa, que participe en la toma de decisiones, que se tomen en cuenta sus creencias y valores, y que se incluyan los aspectos psicosociales, todo lo cual valida la perspectiva del paciente y de su familia. Establecer una comunicación centrada en el paciente (Fortín, 2012) supone un médico que desarrolle habilidades para la escucha activa, reflexiva, y empática, a través de la cual sea posible entender el significado o las implicancias que tiene la enfermedad para el paciente, así como evaluar sus conocimientos sobre la salud y los riesgos.

¿Cuál es la diferencia entre oír y escuchar?

Oír consiste simplemente en percibir vibraciones de sonido, en tanto escuchar es entender, comprender o dar sentido a lo que se oye. La escucha activa involucra todos los canales de la comunicación -visuales, auditivos y cinestésicos- de forma simultánea.

Pero se trata de un proceso que involucra mucho más que los datos de los sentidos, ya que incluye la comprensión intelectual y emocional de lo que está ocurriendo.

¿Qué significa una escucha activa?

Van Servellen (2009) define la **escucha activa** como: **“El proceso de entender de manera completa lo que el otro está comunicando”**. Esto implica la capacidad de comprender la totalidad del mensaje y su significado a través de las expresiones, tanto a nivel verbal como no verbal. Se utiliza la escucha activa cuando no solo se integra lo que la persona dice, sino que se incluyen también sus silencios, sus vacilaciones, lo que omite, y también los sentimientos que acompañan el discurso, los cuales pueden

o no estar en relación con lo que se está diciendo.

La escucha activa (Van der Hofstad, 1999) es una de las actividades más complejas dentro de la comunicación, ya que exige esfuerzo físico y mental. Se trata de una estrategia o técnica en la que se toman en cuenta todos los niveles de la comunicación, y los aspectos metacomunicacionales del mensaje. Se entiende por metacomunicación (Van Servellen, 2009) la capacidad de entender lo que el otro comunica de manera explícita en el mensaje verbal, y también aquello que está implícito en dicho mensaje.

El uso de la escucha activa implica demostrarle al otro que se han entendido todos los niveles del mensaje, y por esta razón el uso de **la retroalimentación⁴** es una condición esencial. Se entiende por retroalimentación **estar atento a lo que el otro manifiesta y demostrar que se entiende, permitiéndole a la otra persona ratificar o modificar lo que está diciendo**. Se verá más adelante en este capítulo cómo se utiliza esta técnica.

Escucha activa en el cuidado de la salud

En el contexto de los cuidados en salud la escucha activa incluye la escucha empática (ver capítulo sobre Empatía). Por medio de la escucha empática queda clara la intención de quien está brindando el cuidado de salud de entender el punto de vista del otro, y de entender el marco de referencia que está usando el paciente o quien solicita un servicio. Se trata del proceso de comprensión plena de lo que el paciente trata de decir, y permite integrar lo que dice con lo que siente.

El uso de la escucha activa es importante en la entrevista médica para obtener información del paciente, pero también lo es para comunicar los diagnósticos y para hacer recomendaciones para el cuidado de la salud. El paciente se sentirá escuchado y comprendido, y probablemente se sienta más comprometido para participar activamente en el tratamiento.

¿Cómo se puede oír sin escuchar?

Durante el proceso de escucha activa pueden existir distintos tipos de interferencias o barreras. Una de estas barreras se relaciona con los miedos propios del entrevistador.

Dichos temores llevan muchas veces a que la entrevista se estructure previamente, y se determine qué preguntas se harán y en qué orden, sin que se tome en cuenta lo que la persona está diciendo. Apegarse a dichos modelos impide una escucha activa, ya que muchas veces el entrevistador se preocupa más por concentrarse en la próxima pregunta que hará que por lo que el entrevistado efectivamente dice.

Otras de las barreras o filtros que se pueden aparecer en el entrevistador son los pre-

4. El Diccionario Espasa Calpe (2005) define retroalimentación “como el conjunto de reacciones o respuestas que manifiesta un receptor respecto a la actuación del emisor, lo que es tenido en cuenta por este para cambiar o modificar su mensaje”.

juicios y la distractibilidad o falta de concentración El entorno puede ser otra de las barreras (ver capítulo sobre Barreras) que surjan en el proceso de escucha activa.

A través de la escucha activa el entrevistador se focaliza en lo que la otra persona está diciendo y haciendo, pero al mismo tiempo realiza una reflexión de lo que ocurre dentro de sí mismo (autoreflexión) en la interacción con el entrevistado, como otra fuente de información muy valiosa para comprender lo que transcurre en la entrevista (Finlay, 2012; Lillrank, 2012).

La escucha activa y el silencio del entrevistador

El silencio del entrevistador en el curso de la entrevista puede ser interpretado de diferentes maneras, de acuerdo con el contexto en el que esté ocurriendo. Puede ser percibido como desinterés o aburrimiento de parte del interlocutor. Sin embargo, el silencio puede ser un recurso muy valioso. Tomarse un momento de silencio le permite al entrevistador reflexionar sobre lo que el paciente está diciendo a través del lenguaje verbal y no verbal y, al mismo tiempo, observarse a sí mismo en la interacción con el entrevistado (paciente, usuario). Este silencio le da también tiempo al paciente para terminar la idea que está expresando, elimina el riesgo de una interrupción prematura, y evita que el paciente se coloque en un rol pasivo en el cual solo espera a que se le formulen preguntas.

Otro caso en el cual es recomendable hacer una pausa o silencio es frente a una situación o pregunta compleja que el paciente formula. En este caso, si bien el entrevistador no ofrece la respuesta en forma inmediata, sí brinda señales -a través de canales no verbales- de que está pensando en lo que se le ha dicho. La respuesta inmediata (Beckman, 1984) puede hacerle pensar al otro que no se lo ha tomado suficientemente en cuenta, que lo que dijo no es relevante para la consulta.

También hacer una pausa en un momento complejo de la entrevista (por ejemplo, cuando a la otra persona se la ve afectada emocionalmente) es un recurso que le permite al entrevistador mostrar su empatía y que le da al entrevistado un tiempo para recomponerse.

A continuación se plantean dos situaciones clínicas en las que se utilizan la escucha activa y el recurso del silencio:

Primer ejemplo:

El paciente llega a la consulta médica y presenta una serie de síntomas: tos, fiebre, malestar general. Ese día debía ir a quedarse con su padre, quien tiene cáncer de pulmón y está internado luego de una intervención quirúrgica. Veremos a continuación dos tipos de entrevistas.

1- Entrevista con ausencia de escucha activa y silencios:

Paciente: Vengo porque estoy...(el paciente tose y estornuda, está disfónico e impresiona febril)

Médico: Sí, ya veo, está engripado. ¿Tiene mucha tos? (Mientras tanto le toma la temperatura al paciente).

Paciente: Sí, desde que...

Médico: ¿Cuántos días?

Paciente: Desde ayer...cuando

Médico: ¿Dolor en el pecho como puntada u otros síntomas?

Paciente: No

Médico: ¿Otros problemas de salud? ¿Toma remedios? ¿Internaciones, operaciones?

Paciente: No

El médico examina al paciente. Luego:

Médico: Es gripe. No se preocupe, esto es muy común. Tiene que hacer unos días de cama, entre 3 y 5 días. Le doy algo para bajar la fiebre y para la tos.

2- Entrevista usando la escucha activa y el silencio:

Paciente: Vengo porque estoy... (el paciente tose y estornuda, está disfónico e impresiona febril)... engripado...

Médico: Sí, ¿qué siente?

Paciente: Tengo mucha tos, y resfrío..... y me parece que tengo fiebre.

Médico: ¿Desde cuándo está así?

Paciente: Me empecé a sentir mal anoche mientras volvía del sanatorio de cuidar a mi padre. Salir de la calefacción a la calle me hizo mal. Me levanté esta mañana con mucha tos...

Médico: ¿Qué le pasa a su padre?

Paciente: Tiene cáncer de pulmón. Lo van a operar. (El paciente se angustia y llora).

Médico: (Se queda en silencio, dando tiempo a que el paciente se recomponga, y pensando como resolver la situación).

Paciente: Tengo que sentirme mejor para que pueda cuidar a mi padre.

Médico: Vamos a ver qué le pasa a usted.

Médico completa el interrogatorio y el examen. Luego.

Médico: Es gripe, pronto va a estar mejor. Entiendo que lo de su padre es importante pero necesita cuidarse usted. Le recomiendo que por unos días se quede en cama hasta que baje la fiebre y desaparezcan los síntomas.
¿Quién podría cuidar a su padre mientras tanto?

Continúa una breve conversación, hasta que el paciente acuerda que va a hacer reposo hasta que se la vaya la fiebre.

Segundo ejemplo:

Una persona entra muy enojada a la consulta.

Médico: Buenas tardes, tome asiento.

Paciente: Bueno, por fin. Desde temprano estoy acá para que me atiendan. Siempre igual esto. Estoy horas acá esperando.

Médico: Sí. Tenemos muchos pacientes en esta policlínica. A veces se juntan en una consulta y lleva tiempo atenderlos a todos.

Paciente: Sí, sí, dígamelo a mí. Horas acá esperando a que ustedes me quieran atender. Y todavía, casi me echan por no tener la cédula. ¿Usted entiende lo que es eso? ¿Sabe lo que es esperar y esperar para que lo atiendan? No, no sabe, estoy segura que no. Hace semanas espero. (La paciente se pone a llorar).

El médico permanece en silencio, pero mirando a la paciente. Luego le dice:

Médico: Está enojada pero también preocupada.

Paciente: Es que tengo el resultado de unos exámenes desde hace días y quiero que me digan de una vez qué tengo, qué es. Y he pasado muy nerviosa.

Médico: Sí me acuerdo. Yo mismo los pedí. Déjeme ver... Sí, acá en la historia tengo copia de algunos exámenes. Usted tiene más ahí. Deme todo y vamos a ver como están. Los voy a ir leyendo y le voy explicando los resultados. Si no le queda claro me pregunta.

En esta entrevista observamos la utilización del silencio, en un primer momento, como manera de entender el enojo de la paciente y evitar una reacción de enojo también del médico. Lo que sigue en la entrevista explica la preocupación central de la paciente.

Una reacción precipitada del médico habría aumentado el enojo y no le habría permitido al médico conocer sus verdaderas preocupaciones. Luego el silencio es también utilizado como un momento de reflexión, y habilita a la descarga emocional de la paciente.

De la escucha activa a la escucha reflexiva

¿QUÉ ES LA ESCUCHA REFLEXIVA?

Carl Rogers (1951) define la escucha reflexiva como una estrategia de comunicación que incluye dos pasos fundamentales: tratar de comprender la idea del interlocutor, y luego devolver la idea para confirmar que se ha entendido correctamente. Se trata de reconstruir lo que el paciente piensa y siente acerca de un tema en particular.

La escucha reflexiva es una de las herramientas más complejas a disposición del clínico y requiere no solo una capacidad personal, sino también un aprendizaje. Implica una actitud activa durante la entrevista tal como fue mencionado antes.

La técnica de la escucha reflexiva se basa fundamentalmente en responder a lo que el paciente dice, de modo de **reflejar** sus ideas y estados emocionales. Aquí el término reflejar hace referencia a devolver en palabras, tal como un espejo devuelve una imagen reflejada. El entrevistador selecciona qué aspectos de lo dicho y/ o lo expresado por el paciente jerarquiza y refleja en sus palabras y en su lenguaje no verbal. Puede ser algo que el paciente verbaliza en forma trivial o que omite en el discurso, algo que reitera, un estado emocional discordante, entre otros. En una segunda instancia el entrevistador debe elegir con cuidado los términos que utilizará en su respuesta, en la que puede incluir las mismas palabras dichas por el propio paciente (reflejo). La intención del entrevistador debe ser facilitar la expresión de ideas y emociones, sin cortar el hilo de pensamiento ni impedir la expresión emocional.

De esta manera la escucha reflexiva no sería posible sin la escucha activa y empática.

El entrevistador debe dar muestras de que entiende y respeta el mundo emocional del paciente, sin emitir juicios de valor ni ofrecer soluciones apresuradas, ni impedir la expresión de las emociones.

Al desarrollar una entrevista que utiliza este tipo de escucha se entra en el mundo de los comportamientos, los pensamientos y las emociones del entrevistado, y se establece una relación en la que intervienen también las actitudes, las cogniciones y emociones del entrevistador.

Existen diferentes tipos de técnicas para realizar esto (Rogers, 1951):

1. Repetir: reiterar frases o palabras que ha dicho el paciente.
2. Refrasear: sustituir algunas palabras por sinónimos o alterar ligeramente lo que se ha dicho, clarificándolo.
3. Parfrasear: inferir el significado de lo que se ha dicho y reflejarlo con nuevas palabras, verificando chequear que haya sido eso, efectivamente, lo

dicho por el paciente.

4. Señalar un sentimiento del que el paciente no se ha percatado, o señalar su conexión con otras ideas de las que el paciente no se ha dado cuenta.

De esta forma la escucha reflexiva se visualiza como una forma de testeo de hipótesis. Por ejemplo: "Si lo he escuchado correctamente, esto es lo que yo creo que usted está diciendo..." "Si lo he entendido bien, usted siente que..."

Ejemplos

Un paciente que debe someterse a una cirugía menor manifiesta intenso temor a la cirugía.

1- Escucha no reflexiva

Paciente: Yo pienso que de esta no voy a salir.

Médico: Quédese tranquilo, todo va a salir bien. La probabilidad de muerte en una operación de este tipo es 1 en 10.000.

Paciente: Sí, sí, es ridículo lo que digo, ¿no?

Médico: Sí, sí, totalmente. Quédese tranquilo, amigo.

2- Escucha reflexiva

Paciente: Yo pienso que de esta no voy a salir.

Médico: Tiene miedo de la operación. (Refraseo)

Paciente: Sí, tengo miedo a no despertarme de la anestesia.

Médico: No despertarse. (Uso del recurso de la repetición)

Paciente: Sí, morirme.

Médico: ¿Por qué piensa eso?

Paciente: Hace años a mi tío le hicieron una cirugía de urgencia y nunca salió del quirófano. Creo que tenía una peritonitis y consultó tarde.

Médico: Piensa que no va a salir de la anestesia... (Señalamiento)

Paciente: Sí, la verdad es que me da mucho miedo que me duerman y no me vuelva a despertar.

Médico: Es un temor muy frecuente. Sin embargo, la anestesia es muy segura. Su tío debe haber tenido otras complicaciones. No se parece en nada a la si-

tuación suya. (Completa con información sobre el procedimiento pre y postanestésico, manejo del dolor preoperatorio y otros aspectos de la psicoprofilaxis quirúrgica).

Como se explicitó anteriormente, la esencia de la respuesta en la escucha reflexiva es formular hipótesis sobre lo que la persona quiere decir. Cuando alguien habla considera que lo que quiso comunicar está claro, pero en realidad la misma frase puede ser entendida o decodificada de diversas maneras. Por lo tanto, en una escucha reflexiva el entrevistador, realiza hipótesis sobre el significado original y expresa dichas hipótesis en forma de afirmación o enunciado. ¿Por qué no formularlas como preguntas, si en realidad se está tratando de aclarar algo? Porque hacerlo en forma de pregunta generaría mayor resistencia en el entrevistado, y también la necesidad de justificar lo que piensa, lo que siente o lo que hace.

Para ofrecer a otros una escucha reflexiva primero debemos tratar de pensar reflexivamente; dicha actitud incluye el pensar si lo que la persona dijo es realmente lo que dijo, o si es lo que el que escucha cree sobre lo que dijo el interlocutor. Por ejemplo, las palabras referidas a la emoción (como el estar deprimido o ansioso) pueden tener significados muy variados para distintos individuos. Quien dice "estoy deprimido" puede querer decir "estoy triste", "estoy cansado", "ya no le encuentro sentido a mi vida", "no soy el mismo", "estoy agotado". O si dice "estoy ansioso" puede querer decir "estoy nervioso", "estoy estresado", "quiero alcanzar mis metas ahora, ya no puedo esperar", "estoy irritable". La escucha reflexiva es una forma de verificar, más que de asumir que se sabe lo que el otro quiere decir.

Las afirmaciones o enunciados muchas veces pueden ser bastante simples, como la repetición de una o dos palabras. En una reflexión más sofisticada se pueden incluir nuevas palabras, o hacer hipótesis acerca de lo no dicho; también puede ser muy útil reflejar lo que parece que el paciente siente acerca de lo que está diciendo.

La escucha reflexiva es especialmente útil cuando se trata de mostrar al paciente actitudes ambivalentes respecto a algún procedimiento o tratamiento médico que puede estar dificultando la adhesión. Por ejemplo, si una persona dice: "me siento de dos maneras respecto de...", uno podría inmediatamente hacer hipótesis sobre las varias maneras en que esto se puede estar manifestando. "Me gusta hacer ejercicio pero no tengo tiempo", o "nadar me hace bien para el dolor, pero me aburre", "tengo que dejar el cigarrillo, pero me gusta fumar y me entretiene". Aquí los instrumentos de la escucha reflexiva (repetir, refrasear, parafrasear, esclarecer) resultan una alternativa muy útil a la confrontación y al consejo experto.

¿Se puede aprender la escucha reflexiva?

Las habilidades para lograr una escucha reflexiva pueden ser aprendidas. Para esto las situaciones simuladas son espacios totalmente favorecedores, en los que el estudiante puede practicar y mejorar las habilidades vinculadas a la escucha. Dalmar Fi-

sher (1991), profesor, asociado de la Universidad de Boston, desglosa las habilidades para la escucha reflexiva de la siguiente forma:

- Participar de manera activa en la conversación mediante la reducción o eliminación de distractores.
- Empatizar con el punto de vista del que habla, de manera de ponerse en el lugar del otro, animándolo a expresarse libremente, sin juzgarlo. Reflejar el estado de ánimo del que habla mediante el lenguaje verbal y no verbal. Para esto el que escucha debe “aquietar su mente” y centrarse en el estado de ánimo del otro.
- Resumir lo que dijo el paciente, utilizando sus propias palabras.
- Responder al punto específico del que habla sin derivarse hacia otros temas.
- Repetir este procedimiento para cada tema.

Por otra parte, existen actitudes y respuestas del entrevistador que muestran que la escucha no es reflexiva. Una intervención apresurada en el comienzo de la entrevista no facilita la expresión de la perspectiva del paciente y por lo tanto su comprensión. Enumeraremos algunas de ellas.

Thomas Gordon (1970) describió doce tipos de respuesta que no forman parte de la escucha reflexiva:

1. Ordenar o dirigir.
2. Alertar o amenazar.
3. Dar consejos, hacer sugerencias o brindar soluciones.
4. Persuadir mediante lógica o argumentos.
5. Dar argumentos de tipo moral, sermonear o decirle al paciente lo que debería hacer.
6. Estar en desacuerdo, juzgar, criticar o culpar.
7. Estar de acuerdo, aprobar, alabar.
8. Avergonzar, ridiculizar o etiquetar.
9. Interpretar o analizar.
10. Tranquilizar, simpatizar o consolar.
11. Cuestionar o sondear.
12. Distraer, utilizar el humor.

Muchas veces de estas actitudes implican una relación de desigualdad. El entrevistador que utiliza estas modalidades de respuesta o de cuestionamientos está diciendo entre líneas “escúcheme, yo sé más”, “yo soy quien sabe lo que es mejor para usted”. En esta forma no se ayuda al paciente a expresar la ambivalencia, y se lo insta a tomar una decisión en forma prematura.

Esto no quiere decir que no se deban usar estas respuestas en ningún momento ni que las mismas constituyan siempre un obstáculo en la comunicación; lo importante es seleccionar cuándo y cómo se las utiliza. Por ejemplo, se puede analizar o dar una recomendación cuando ya se ha entendido la perspectiva del paciente, como se hizo en el caso del paciente del primer ejemplo.

En suma

Las habilidades para la escucha activa o reflexiva se pueden adquirir o mejorar con el aprendizaje. Este tipo de escucha implica el desplazamiento del centro de atención

hacia el paciente y a la relación que se establece con él, y permite que el proceso de toma de decisiones cuente con mayor participación de este.

Escucha empática, activa, y reflexiva son conceptos que están íntimamente relacionados, tanto que para algunos autores la escucha activa y la escucha reflexiva son utilizadas como sinónimos. Desde nuestro punto de vista la escucha reflexiva es una de las formas que puede tomar la escucha activa, ya que ninguna de ellas se puede dar sin una escucha empática. Este tipo de escucha jerarquiza la perspectiva del paciente y atiende, al mismo tiempo, a los aspectos relacionales de la comunicación.

Ejercicios o técnicas que permiten desarrollar escuchar de forma activa reflexiva y empática.

• EL ROLE PLAYING

Se utiliza para la enseñanza y el aprendizaje de la escucha activa, reflexiva y empática. Consiste en tomar una situación que se debe dramatizar, en la cual, en grupos de tres, los estudiantes pasan alternativamente por los distintos roles: entrevistador, entrevistado y observador. Luego de finalizada cada instancia de role playing los tres participantes analizan los aciertos y las dificultades del entrevistador en la escucha activa y de qué maneras podrían haberse mejorado. El entrevistador no debe conocer el guión.

• TRANSCRIPCIÓN Y GRABACIÓN DE LA ENTREVISTA

La observación por medio de grabaciones, videos o transcripciones de las entrevistas ya realizadas le permite al entrevistador observar en diferido la forma en que la entrevista fue conducida. Al mismo tiempo, otros la pueden observar y dar su aporte. Poder reflexionar sobre la práctica e interrogarse sobre las razones que llevaron a conducirse de una manera y no de otra, así como observar la forma como respondió el otro, permiten el desarrollo de la escucha activa y reflexiva.

• AUTOEVALUACIÓN

Las siguientes preguntas ayudan al entrevistador a interrogarse sobre sus habilidades para la realización de entrevistas. Se recomienda que se contesten al comienzo y al final del año, analizando luego si existen diferencias:

- ¿Qué formación tengo como entrevistador/a?
- ¿Cuáles son mis posturas teóricas respecto a la entrevista? ¿Debo ser objetivo/a y neutral?
- ¿Debo cuidar la relación y ser empático/a?
- ¿Que valor le doy a la subjetividad?
- ¿Qué pregunto y cómo lo hago?
- ¿Cuáles son mis conocimientos sobre lo que estoy preguntando?
- ¿Qué valor tiene la entrevista para lo que quiero resolver?

Referencias Bibliográficas:

- Beckman, H. B., & Frankel, R. M. (1984).
The effect of physician behavior on the collection of data.
Annals of Internal medicine, 101(5): 692-696.
- Fisher, D. (1993).
Communication in organizations.
Minneapolis: West Publishing Company.
- Finlay, L. (2012).
Five lenses for the reflexive interviewer.
In Jaber F. Gubrium, James A.
- Holstein, Amir B. Marvasti, & Karyn D. McKinney (Eds.).
The SAGE handbook of interview research: The complexity of the craft. (2nd ed., pp.
317-333). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Fortin AH, Dwamena FC, Frankel RM, Smith RC. (2012)
Smith's Patient-Centered Interviewing: An Evidence-Based Method.
3rd ed, McGraw-Hill, New York.
- Gubrium, J. F., Holstein, J. A., Marvasti, A. B., & McKinney, K. D. (Eds.). (2012).
The Sage handbook of interview research: The complexity of the craft.
Sage. Gordon, T. (1970) Parent Effectiveness Training. New York. Wyden.
- Lillrank, Annika. Managing the Interviewer Self. (2012)
The SAGE Handbook of Interview Research: The Complexity of the Craft, p. 281.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991).
Motivational interviewing: Preparing people for change.
Guilford press. New York
- Rogers, C. R. (1951).
Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory
(p. 491). Boston: Houghton
- Miffli Van-der Hofst dat CJ.(1999)
Habilidades de comunicación aplicada.
Valencia: Promolibr
- Silverman JD, Kurtz SM, Draper J (1998)
Skills for Communicating with Patients.
Radcliffe Medical Press (Oxford).
- Van Servellen G., (2009).
Communication Skills for the health professional.
Concepts, practice, and evidence 2ª ed.
Boston: Jones and Bartlett Publishers.

LA AUTO-OBSERVACIÓN

Lic. Psic. Pía Correas

La auto-observación es uno de los métodos de exploración de la mente humana. Se utilizó como herramienta de la investigación científica en ésta área, pudiéndose aplicar como técnica de cambio y mejoría personal .

En cuanto a su utilidad dentro del método científico, la auto-observación se relaciona con la observación participante, el observador es a la vez sujeto y objeto de la observación. Se da así un doble proceso por el cual se atiende el pensamiento y afectos propios y la conducta consecuencia de éstos, y al mismo tiempo se los registra.

Actualmente se utiliza como método de investigación en situaciones donde el informe personal es una vía de acceso privilegiada, como por ejemplo afectos que resultan poco detectables desde lo externo como la timidez, la vergüenza; hace explícitos estados encubiertos como el proceso de la toma de decisiones (1).

Historia del concepto

Podemos encontrar como antecedente de la auto-observación al método introspectivo utilizado por los primeros laboratorios de psicología para estudiar la percepción. Los estudios introspectivos de Wundt (1887) buscaban convertir a la introspección en un método científico de investigación de la mente humana, basado en el modelo de las ciencias naturales. Para ello, las personas realizaban un entrenamiento para calificar como sujeto experimental, del cual provenían informes subjetivos de las sensaciones e imágenes que fluían por la mente (Boring, 1953). De este modo, los datos introspectivos no eran simplemente relatos circunstanciales, espontáneos o descuidados.

Sólo se aceptaban las sensaciones e imágenes elementales simples y nunca inferencias o procesos inobservables de reacciones complejas.

Wundt distinguía entre percepción interna y auto-observación. La percepción interna era la condición necesaria para la auto-observación en el proceso introspectivo. Para poder declarar lo que se observaba en la propia mente, se necesitaba primero tener y entrenar una percepción que funcionara como material de trabajo de la auto-observación (Rivière, 1991) (2).

Watson descarta la introspección como método de abordaje científico. Pero luego la corriente conductista utiliza la auto-observación, ya no como método de conocimiento empírico sino como herramienta de cambio de conductas. Será el modelo conduc-

tual en la década de los años sesenta y setenta quien le dará la importancia que tiene está técnica dentro de la evaluación psicológica (3).

En la teoría Cognitiva, la auto-observación como técnica implica la atención intencionada frente a la emisión de una conducta, en cualquiera de sus tres niveles: motor, cognitivo o psicofisiológico y su posterior registro mediante algún procedimiento diseñado previamente. Por tanto, de igual forma que con la observación, estamos haciendo referencia a dos tareas: determinar y observar la aparición de la conducta, y registrarla, de ahí que se hable indistintamente de auto observación y autorregistro (4).

De la auto-observación a la investigación clínica:

Técnica planteada por De Toro (2005)

1) Explicación: escribir el propósito de la observación, por ejemplo "voy a observar mi conducta cuando entrevisto a niños pequeños". Se debe redactar y memorizar el objetivo.

2) Elección: elegir una conducta y valorarla como positiva o negativa, por ejemplo "en una entrevista con niño me dirijo solamente a los adultos presentes". Así se logra identificar claramente la conducta, puedo observar cuando ocurre y cuantas veces ocurre, y pensar en cómo modificarla.

3) Registro de conducta: anotar todos los datos que surjan de la observación, lo más cercano al momento de observar la conducta elegida.

4) Elaboración de gráficos y esquemas, para la mejor visualización de la conducta, su característica, frecuencia y situación más probable de ocurrencia.

5) Si es posible publicación de datos para el apoyo del medio familiar y social en la modificación de esta conducta, por ejemplo los compañeros estudiantes del mismo curso.

6) Análisis periódico de los datos obtenidos de la observación (5).

Una peculiaridad de esta técnica de evaluación frente a otras es que además de su función evaluadora cumple una función terapéutica, el simple hecho de registrar la conducta hace que cambie en la dirección deseada. Por ello se habla también de la autoobservación como técnica de modificación de conducta.

La auto-observación presenta una serie de ventajas frente al resto de técnicas de evaluación psicológica:

- Permite que el sujeto pueda controlar su propia conducta, principio básico de la modificación de conductas y proporciona retroalimentación continua de los cambios realizados (4).

- Permite recoger información de situaciones y contextos cuya evaluación implicaría un alto costo para otras técnicas de evaluación psicológica. Su empleo elimina la reactividad del observador. -Permite acceder al nivel cognitivo de la conducta, y de hecho es, junto a los autoinformes, el único procedimiento para ello (4).

Utilización de ésta técnica en otros campos no terapéuticos

En el campo de la pedagogía, se aplica esta técnica como forma de hacer consciente los métodos de aprendizaje que utilizan el docente y los alumnos, así como también para hacer conscientes los cambios a nivel personal que implica la incorporación de un nuevo conocimiento.

Es de suma importancia en la detección de las resistencias al cambio y el impacto emocional que se produce, relacionado con la reestructuración cognitiva, de modo de evitar bloqueos en la incorporación del nuevo saber.

Por ejemplo podríamos preguntarnos, ¿De qué modo el conocimiento médico cambia mi modo de actuar o de percibir ciertas cosas?, ¿Me genera emociones o sensaciones fisiológicas?, ¿Qué posibles resistencias despierta en mí?, ¿De qué forma me motiva? Torres Puente (2002) utiliza la explicitación por parte del docente de su modo y estilo de pensar sobre una temática, como método de enseñar la auto-observación. De esta manera se estimula en el alumno la aplicación de la técnica de auto observación y le da la posibilidad de ejercer el propio control sobre el estudio y lo aprendido (6).

En el ejercicio profesional, por ejemplo en el ámbito de la medicina, se incorpora como una herramienta para mejorar la relación, la calidad de la comunicación y evitar situaciones conflictivas o de mal manejo técnico.

En suma, la auto-observación es el proceso mediante el cual aprendemos a examinarnos para poder registrar la propia conducta y todo lo que la acompaña:

- los hechos en si.
- la realidad que nos rodea.
- la forma de afrontar esa realidad.
- las conductas de las personas y los vínculos que establecemos con ellas.
- las consecuencias de nuestras conductas.

Los datos obtenidos sirven para modificar o verificar nuestras ideas y constituyen el material de base sobre aquellos aspectos de nuestras acciones y la relación con los otros que busco modificar, lo que algunos llaman objetivos o conducta-objetivo de cambio.

Es por lo tanto una herramienta imprescindible durante la entrevista clínica, ya que ayuda a detectar y corregir bloqueos personales de la comunicación.

Para lograr el cambio es necesario observar que ocurre antes, durante y después de los hechos, registrar tanto las acciones, como los pensamientos y emociones que se dan durante la situación observada. Por ejemplo, la frecuencia en que aparecen, en que lugares y momentos y con que personas (2,7).

La aplicación de éste método de cambio es muy importante en aquellos casos donde las características y creencias personales pueden influir en forma negativa en el ejercicio de la profesión. En la realización de la entrevista clínica se ponen en juego afectos y conceptos, por ejemplo sobre la salud y enfermedad, que pueden intervenir e interferir en la correcta realización de los objetivos y en la relación médico-paciente. La aplicación de la técnica de auto-observación en éste ámbito laboral y profesional,

ayuda a disminuir errores generados por preconceptos, a interponerse ante la emergencia de afectos y emociones que genera el paciente y pueda obstaculizar la comunicación y la alianza terapéutica.

EJERCICIO PRÁCTICO

La doctora llega temprano a la policlínica. El día anterior su hijo adolescente fue víctima de un robo en la calle que lo dejó muy asustado.

En la consulta ve a una paciente que le explica que desde que su hijo esta preso por hurto, hace dos semanas, está con numerosos síntomas entre ellos dolor precordial y falta de aire.

¿Cómo te parece que puede influir su vivencia familiar reciente en la escucha de la información recibida?

¿Qué afectos te parece que predominarían en la doctora?

¿Modificarían su conducta en el modo de llevar adelante la entrevista?

¿Podrían aparecer prejuicios?

Referencias Bibliográficas:

Arnau Gras, J., Anguera Argilaga, M.T.& Gómez Benito, J. (1990).
Metodología de la investigación en ciencias del comportamiento.
Murcia, España.
EDITUM. Ediciones de la Universidad de Murcia.

Macbeth, G., Cortada de Kohan, N., Razumiejczyk, E.& López Alonso, A.O. (2006).
La investigación científica en psicología: un desarrollo histórico.
Bs.As, Argentina.
Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL. 5(15),
2006

Buela-Casal, G & Sierra, J.C. (1997).
Manual de evaluación psicológica: fundamentos, técnicas y aplicaciones.
Madrid, España. Siglo XXI.

De Toro, M. D.(2005)
Inteligencia personal y vital: el arte del bien ser y del buen vivir.
Madrid, España. Visión Libros.

Torre Puente, J. C. (2002).
Aprender a pensar y pensar para aprender: estrategias de aprendizaje.
Madrid, España. Narcea S.A.

Polaino-Lorente, A; Cabanyes Truffino, J. & del Pozo Armentí, A. (2003).
Fundamentos de psicología de la personalidad.
Instituto de ciencias para la familia Publicaciones.

Sección 2

La entrevista en medicina

- Elementos esenciales de la comunicación para el desarrollo de una entrevista clínica efectiva.
- Características de la comunicación según el ciclo vital del paciente: Infancia, adolescencia y maternidad.
- La comunicación con el adulto mayor
- ¿Por qué se utilizan pacientes estandarizados en la formación médica?

LA ENTREVISTA EN MEDICINA

Elementos esenciales de la comunicación para el desarrollo de una entrevista clínica efectiva.

Lic. Psic Natalia Sánchez, Yamile Godoy y Pablo Florio

En esta sección conocerás cómo realizar una entrevista clínica utilizando la estructura de los siete pasos según el Consenso de Kalamazoo. Esta modalidad de entrevista te permitirá el desarrollo de un enfoque integral, así como la implementación de habilidades comunicacionales.

La entrevista clínica es uno de los aspectos fundamentales de la práctica médica. En las últimas décadas se han planteado múltiples reformulaciones que se ven plasmadas en innumerables artículos (Kurtz,1998; Mackoul,1998; Silverman, 2005).

Es así, que de ser concebida tan solo como parte del “arte de la medicina” y una habilidad innata del médico, pasó a ser también una competencia práctica que no depende solamente de las cualidades personales del clínico sino que puede y debe ser aprendida (Keller, V & Carroll, J.G., 1994).

Este cambio de perspectiva ha propiciado el surgimiento de diferentes modelos o enfoques, como son el del Bayer Institute for Health Care Communication (1), el Three Function Model/Brown Interview Checklist (2), el Calgary Cambridge Observation Guide (3), el Patient-Centered Clinical Method (4), o el SEGUE Framework for Teaching and Assessing Communication Skills (5). En mayo de 1999, veintiún líderes provenientes de las escuelas de medicina, programas de residencia y educación médica continua y destacadas organizaciones en educación médica de América del Norte se reunieron durante tres días en Kalamazoo, Michigan, para asistir a la conferencia Ba-

yer-Fetzer, cuyo tema central era la comunicación en la educación médica.

Este encuentro tuvo como objetivo identificar, articular y poner en común los cinco modelos previamente mencionados, para facilitar la enseñanza y evaluación de la comunicación médico paciente.

De esa reunión, surgió la identificación de siete pasos esenciales para la entrevista clínica, que son:

- 1) Construir la relación.
- 2) Abrir la conversación.
- 3) Recoger la información.
- 4) Comprender la perspectiva del paciente.
- 5) Compartir la información.
- 6) Alcanzar acuerdos.
- 7) Realizar un cierre (6).

Los que se desarrollarán a continuación.

Construir la relación

La construcción de un vínculo interpersonal es un aspecto primordial de toda relación humana, condición que aunque parezca obvia muchas veces queda relativamente olvidada. En la relación médico-paciente implica atender al terreno emocional, que pasa por entender cómo se siente el paciente y como va reaccionando durante la conversación. Cuando se construyó una buena relación el paciente tiende a referirse sobre el médico como amable, cordial, atento.

Es importante tener en cuenta que éste será el primer objetivo de la consulta y para ello es necesario tomar en cuenta los elementos verbales, no verbales y paraverbales de la comunicación, como se menciona en otros capítulos. El primer gesto hacia el paciente, comienza con el saludo y la presentación, dejando manifiesta la buena disposición. Se informará el nombre completo, rol y especialidad a la que se pertenece.

En el caso de tomar notas, ello no deberá constituirse en una barrera que obstaculice la comunicación. Es posible anticiparse y solicitar el consentimiento al paciente diciendo: “... Si usted me permite tomaré algunas notas”(7). De todas maneras debe primar el contacto visual, el que debe ser de forma intermitente y cadenciosa, para que el paciente no tenga la percepción de intrusión.

Es tarea del profesional lograr que el paciente se sienta confortable, en un clima emocional de confianza y escucha (8).

Abrir la conversación

El paciente despliega aquí su motivo de consulta, será tarea del profesional no inte-

rrumpirlo en este proceso. Se ha estudiado que la mayoría de los médicos interrumpen a su paciente a los 18 segundos de su primer respuesta (9), obturando de esta manera la posibilidad de narrar su perspectiva sobre sus problemas. Sin embargo, si se lo deja hablar sin interrupciones, un paciente tipo puede hacer una síntesis muy precisa de sus síntomas y dar explicaciones que orienten a la causa, en pocos minutos.

Es conveniente comenzar el encuentro con una pregunta abierta que le permita desplegar sus preocupaciones, por ejemplo: ¿que lo trae por acá?, ¿en qué lo puedo ayudar? y antes de finalizar este punto verificar que dichas preocupaciones se hayan recogido en su totalidad, por ejemplo: ¿hay algo más que quiera contar?

Recoger la información

Esta etapa corresponde a la anamnesis, pero a diferencia de la anamnesis tradicional, que es un cuestionario sistemático cerrado, recomendamos alternar preguntas abiertas y cerradas. Se puede comenzar a construir la historia del paciente, utilizando preguntas abiertas como por ejemplo “cuénteme de...”.

Con el objetivo de precisar más la información que el paciente va proporcionando y en la medida de ser necesario se irán haciendo preguntas cerradas, que serán aquellas que el paciente responde simplemente con frases cortas, afirmaciones o negaciones. Por ejemplo “háblame acerca del dolor de cabeza” (pregunta abierta), “¿tomó algo para calmar este dolor...?” (pregunta cerrada).

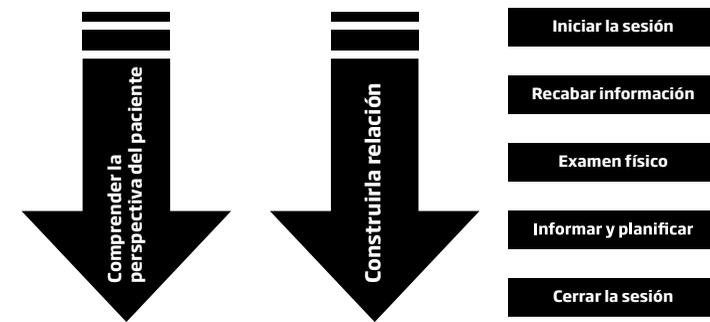
Periódicamente es necesario resumir la información que se ha recogido, con el objetivo de verificar si estamos comprendiendo adecuadamente, dándole la oportunidad de modificar aquello que no es correcto o agregar información. En general, se subestima la importancia de estos resúmenes.

Comprender la perspectiva del paciente

Cuando el paciente llega a la consulta trae consigo un conjunto de supuestos acerca del problema que la motivó, configurando de esta manera la vivencia subjetiva de enfermedad y de posible tratamiento. Conocer la perspectiva de lo que le sucede desde su punto de vista es conocer la singularidad del paciente.

De esta manera intentamos promover que el paciente relate tanto los aspectos médicos como los psicosociales, desde su perspectiva, lo que nos ayudará a entender su motivo de consulta de una manera integral y humanizada (10).

Es importante mencionar que estos pasos no deben ser considerados secuenciales (uno debe comenzar al finalizar el otro), ni acotados en el tiempo. En la figura siguiente podemos observar como algunos pasos deben recorrer toda la entrevista, como por ejemplo construir la relación o comprender la perspectiva del paciente, pues uno continúa construyendo y comprendiendo mientras dura ese encuentro.



Esquema básico Kurtz, Silverman y Draper (2005)

Compartir la información

Es de gran importancia que el médico comunique en términos sencillos lo que le ocurre al paciente, sin dejar de brindar la información que el paciente necesita y demanda.

Deberá ser claro y evitar el uso de jerga médica que pueda ocasionar barreras en la comunicación. *Se debe tener en cuenta el nivel intelectual y el estado emocional del paciente a la hora de informar.*

Además del uso de lenguaje verbal, se podrá utilizar otras herramientas como son: dibujos, folletos y recomendaciones de sitios web para pacientes y todo aquello que colabore en la comprensión de la situación (11).

Antes de finalizar esta instancia es necesario evaluar la comprensión que el paciente tiene sobre lo expuesto por el médico, valorando que se ha entendido y de ser necesario modificar los conceptos erróneos y lo que no hubiera quedado claro.

En todo momento se utilizará la perspectiva del paciente y se tratará de involucrarlo.

Por último se preguntará sobre posibles dudas o inquietudes en este sentido.

Alcanzar Acuerdos

En el penúltimo paso de la entrevista se alcanzarán acuerdos acerca de cómo se llevarán a cabo los tratamientos planteados. Para ello es necesario valorar la motivación que tiene el paciente, así como las dificultades u obstáculos para lograr cambios.

Un ejemplo de esto es el paciente que debe modificar sus hábitos alimenticios. En este caso será importante identificar y abordar los obstáculos y reforzar las fortalezas para lograr alcanzar las metas propuestas en su tratamiento, formentando la autoeficacia.

Este es un momento de la entrevista fuertemente enfocado a la negociación, ya que se tienen que alcanzar acuerdos pasibles de ser llevados a cabo por esa persona en particular que está en nuestra consulta.

Realizar un cierre

Nuevamente como al principio de la entrevista el médico toma un rol más activo. Pregunta al paciente si tiene otras preocupaciones, resume aquellos aspectos que motivaron la consulta, explicita las indicaciones acordadas, comunica los siguientes pasos a seguir. Por ejemplo: concertar una nueva consulta, realizar una derivación a otra especialidad, reforzar la adherencia del paciente al nuevo plan de tratamiento. Para que ello pueda lograrse es fundamental la relación que se ha establecido para involucrarlo.

Se despide al paciente saludándolo.

¿Por qué es útil este modelo de entrevista?

La consulta médica basada en el modelo biomédico tradicional se caracterizó por pretender alcanzar un conocimiento objetivo, centrado en el saber médico, enfocado en la enfermedad y sus causas, partiendo de un enfoque dualista, basado en la separación mente cuerpo. Este tipo de atención proporciona un cuidado desafectivizado que desestima el sufrimiento.

Como alternativa a este modelo biomédico reduccionista, George Engel propuso en 1977 el modelo biopsicosocial (12) entendiendo el proceso de enfermar como una integración de múltiples sistemas (desde los niveles biomoleculares, genéticos y biológicos más básicos hasta los niveles más complejos, psicológicos, sociales, ambientales, y culturales). Este modelo, está centrado en el paciente, incorporando la mirada subjetiva del proceso de enfermar, y a partir de ello se enfoca en el “padecimiento” (illness) más que en la “enfermedad” (disease).

La consulta médica basada en el modelo biopsicosocial busca integrar el “saber del paciente” y el “saber del médico”, donde el paciente entonces deja de ser objeto de la consulta deviniendo en sujeto de la misma.

Este modelo de entrevista planteado a través del consenso de Kalamazoo, está en consonancia con lo anterior y constituye una herramienta óptima para la enseñanza y evaluación de las habilidades comunicacionales en la formación de grado del estudiante de Medicina, así como su uso como modelo de entrevista en la práctica cotidiana del egresado.

En este sentido, existe consenso en que la práctica sistemática con este modelo, desde el inicio de la formación facilita la adquisición de destrezas y habilidades en la comunicación.

Ejemplo:

A continuación se presenta un fragmento de entrevista con dos modalidades diferentes (A y B).

Resumen de la situación de la paciente:

La Sra Rodríguez tiene 38 años, está casada, tiene dos hijos menores de 10 y 7 años. Se desempeña como administrativa en una oficina, su jornada laboral es de 10 horas diarias.

El año pasado su esposo sufrió un accidente de tránsito quedando con incapacidad permanente, siendo la paciente su cuidadora exclusiva.

Actualmente concurre a la consulta en policlínica derivada por el médico de su trabajo. Presenta síntomas de tos persistente y sibilancias con 4 meses de evolución. La paciente refiere consumo de tabaco desde la adolescencia con un incremento en el último año. Ha tratado de dejar de fumar en dos oportunidades, pero ha tenido dificultades para lograrlo, retomando el consumo cada vez.

En la consulta de hoy la paciente se muestra preocupada porque sus síntomas son persistentes y le han ocasionado la necesidad de tener que solicitar certificación médica en reiteradas oportunidades. Tiene miedo de perder su trabajo por bajo rendimiento. Este trabajo es actualmente la fuente de ingresos de la familia.

Siente que su tos empeora cuando ella está en el trabajo. Piensa que esto es debido al aire acondicionado de la oficina y a los cambios de temperatura del clima.

Entrevista médico paciente (Modalidad A)

Dr.: Rodríguez... adelante.
(La paciente entra al consultorio, se sienta y entrega una nota al doctor)

Dr.: El médico de su trabajo dice que usted tiene tos. ¿Desde cuándo?
Sra Rodríguez: Desde hace 4 meses y a veces también tengo silbidos.

Dr.: ¿Usted fuma?

Sra. Rodríguez: bueno... si, yo he tratado de dejar y ahora estoy fumando una caja por día.

Dr.: ¿Sufre de alguna otra enfermedad?

Sra. Rodríguez: No, siempre fui sana hasta ahora.
(Se realiza examen físico)

Dr: Sus síntomas probablemente tengan que ver con el cigarrillo. Yo le aconsejo que lo deje. Le mandaré hacer unas radiografías de pulmón y pruebas de laboratorio y en un 15 días nos volvemos a ver.

Entrevista centrada en el paciente (Modalidad B)

Dr.: El médico de su trabajo dice que usted tiene tos. ¿Cuénteme de este síntoma u otros que tenga?
(Abre la conversación, utilizando una pregunta abierta. Relevamiento desde la perspectiva del paciente de la sintomatología referida por el derivante y otros que pueda mencionar la paciente).

Sra. Rodríguez: Bueno, yo he tenido resfriados desde hace por lo menos dos meses y algunas veces siento que no puedo respirar sobre todo en la mañana.

Dr.: La mira y asiente con la cabeza
(Comunicación paraverbal que denota interés e invita a que la paciente continúe su relato).

Sra. Rodríguez: Sí a veces, en la mañana y también de noche. Pero yo creo que es por el cigarrillo (Creencias de la paciente), yo he intentado dejar. También a veces tengo silbidos particularmente cuando estoy en el trabajo. Pienso que es debido al aire acondicionado, pero también el clima está tan cambiante, no sé (Comprende la perspectiva del paciente, creencias acerca de su sintomatología)

Dr.: ¿Además tiene flemas, o fiebre, o dolor en el pecho o en la espalda?
(Utilización de pregunta cerrada con el objetivo de precisar la información)

Sra. Rodríguez: No. Por cierto, todavía no.

Dr.: Bueno, son varias cosas, la tos, los silbidos, el cigarrillo (ordena la agenda de temas a tratar).

Sra. Rodríguez: Y no solo eso

Dr.: Ah, no?

Sra. Rodríguez: Habla de la enfermedad del esposo, de los hijos, su cansancio y el aumento del consumo de cigarrillos.

Dr.: Interroga antecedentes personales y familiares. Examina.

Dr.: Bueno, vamos a empezar por la tos y los silbidos. Y después seguiremos con lo del cigarro. ¿Esta de acuerdo?

Sra. Rodríguez: Sí. En realidad me gustaría dejar de fumar.

Dr.: Usted quiere dejar de fumar y esto es muy importante para su salud.
(Explicitación de un problema y motivación para la cesación del tabaquismo).
¿Y en las otras cosas como la podría ayudar?
(Investiga que piensa la paciente acerca de la ayuda que le puede ofrecer el médico, abriendo campo para lo que parece evidente y dando lugar a lo particular y personal de esa paciente. Utilización de pregunta abierta).

Sra. Rodríguez: Bueno, a mi me gustaría que me ayudara a dejar de fumar y quería preguntarle si es posible que le escribiera una carta a mi doctor en el trabajo porque últimamente he tenido que faltar mucho y tengo miedo que me suspendan... lo necesito para pagar la casa, y para los gastos que tengo por la enfermedad de mi esposo y para todo. (Comunicación de la paciente de su situación social económico familiar).

Dr.: Le mandaré hacer unas radiografías de pulmón y pruebas de laboratorio. Explica tratamiento. Acuerda próxima consulta en dos semanas y cierra la entrevista.

Conclusiones

“En el mundo de la educación médica tan importante es conocer lo que se tiene que hacer, cómo conocer cómo se tiene que hacer, y por quien ha de ser hecho”

Creemos que el modelo aquí presentado, permite la integración de los elementos esenciales de la comunicación en la relación médico paciente, (la apertura de la entrevista y el cierre en forma adecuada, así como también la recolección de datos, entender la perspectiva del paciente, entre otros).

Como modelo, consideramos necesaria su adecuación según el contexto en el que se desarrolle la intervención. Ello implica que luego de la incorporación de los siete pasos de la entrevista, cada profesional será capaz de adaptarlo al ámbito donde se está desempeñando, y la circunstancia del paciente. En suma, la forma de abordaje influye en la calidad de la entrevista, en la información que obtengamos y por tanto en la búsqueda de soluciones de aquello que detectamos como problema (13).

Consideramos al igual que Jesús Millán Nuñez-Cortés (14) que sólo quienes han logrado adquirir las competencias clínicas apropiadas conjuntamente con el saber médico pueden ser considerados profesionales capacitados para ejercer su profesión.

Referencias Bibliográficas:

- (1) Keller V. & Carroll J.G. (1994). A new model for physician-patient communication. *Patient Educ Couns J.* 1994; 23:131-40.
- (2) Novack D.H., Dube C. & Goldstein M.G. (1992). Teaching medical interviewing: a basic course on interviewing and the physician patient relationship. *Arch Intern Med.* 1992;152:1814-20.
- (3) Kurtz S., Silverman J. & Draper J. (1998). Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Abingdon, Oxon, U.K.: Radcliffe Medical Press.
- (4) Stewart M., Belle Brown J., Weston W.W., McWhinney I.R., McWilliam C.L. & Freeman, T.R. (1995). Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. Thousand Oaks, CA: Sage.
- (5) Makoul G. (1998). Communication research in medical education. In: Jackson L, Duffy BK (eds). Health Communication Research: A Guide to Developments and Directions. Westport, CT: Greenwood Press.
- (6) Makoul, G. (2001). Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine.* USA. 2001; 76 (4): 390-3.
- (7) Silverman, J., Kurtz S. & Draper, J. (2005). Skill for communicating with patients. San Francisco. USA: Ed. Radcliffe Publishing.
- (8) Vidal y Benito, M.C. (2010). La relación médico paciente. Buenos Aires. Argentina. En INTRAMED. Libros virtuales. Recuperado en http://www.intramed.net/sitios/librovirtual6/pdf/06_01.pdf.
- (9) Simpson M., Buckman R., Stewart M., et al. (1991). Doctor patient communication: the Toronto consensus statement. *British Medical Journal (BMJ).* 1991; 303:1385-7.
- (10) Fiscella K. & Epstein R. (2008). So Much to Do, So Little Time: Care for the Socially Disadvantaged and the 15-Minute Visit. *American Medical Association. Arch Intern Med.* 2008 Sep 22;168(17):1843-52.
- (11) Epstein R., Korones, D. & Quil, T. (2010). Withholding Information from Patients: When Less Is More. *The New England Journal of Medicine.* 2010 Feb 4;362(5):380-1.
- (12) Engel G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science.* 1977; 196:129-136.
- (13) Mauksch L., Dodson S., Dugdale D.C. & Epstein R. (2008). Relationship, Communication, and Efficiency in the Medical Encounter: Creating a Clinical Model From a Literature Review. *Arch Intern Med.* 2008 Jul 14;168(13):1387-95.
- (14) Millán Nuñez-Cortés, J. (2005). Las competencias clínicas. *Educ. Med.* 2005; 8 (2): 13-14.

Características de la comunicación según la etapa del ciclo vital del paciente: Infancia, adolescencia y maternidad

Lic. Psic. Pia Correas, Lic. Psic. María Noel Silvariño y Lic. Psic. Rosario Valdés.

Cada momento del ciclo evolutivo tiene sus características particulares, el profesional debe conocerlas para poner en juego estrategias de comunicación apropiadas. Así se abordará la entrevista clínica de acuerdo a las posibilidades del paciente en ese momento puntual, garantizando una correcta comprensión y manejo de los problemas.

En términos generales este manual se refiere a la comunicación con un paciente adulto. Este capítulo está dedicado a aspectos específicos de la comunicación en otros momentos vitales, y su objetivo es vincular cada etapa evolutiva con aquellas estrategias de comunicación adecuadas.

La comunicación con el niño

“No es lo mismo hablar con un niño que hablar sobre el niño”(1).

Comunicarse con un niño no significa solamente recabar información relevante para los objetivos de la entrevista, más aún cuando dicha información se puede hablar con los adultos a cargo (2).

Trabajar con niños y poder comunicarse con ellos implica ajustar el estilo de comunicación según las etapas de desarrollo y las características de madurez cognitivo-emocional esperables. Especialmente en lo vinculado al área de la comunicación verbal y no verbal, así como el nivel y habilidades cognitivas (memoria, comprensión, conocimiento previos) y la puesta en juego de las habilidades sociales (3).

Es importante poder percibir: cómo atiende el niño y se involucra en la comunicación, como se comunica con gestos y comportamientos, como crea imágenes internas (ideas, representaciones, símbolos) y las comparte con el otro y cómo categoriza es-

tas imágenes y realiza conexiones entre ellas (1).

Los niños son muy ricos en su forma de comunicación y utilizan diversos canales para expresar sus gustos, pensamientos y afectos como el dibujo, el juego, la computadora, etc. El profesional debe estar abierto a la recepción por medio de todos estos canales para poder identificar y comprender lo que el niño expresa (1).

Se debe esperar y reconocer los tiempos del niño para decidir de que forma comunicarse con él, teniendo en cuenta que este tiempo suele ser mas largo que con un adulto y distinto en cada niño (3).

Se debe buscar entablar un buen vinculo con el niño. Los señalamientos y verbalizaciones deben ir en el sentido de acercarse y ganar su confianza. Es muy importante la comunicación no verbal con él y que ésta implique interés específico por él y por sus preferencias.

El indagar sobre sus gustos puede ser una manera de interactuar con el niño (por ejemplo afinidad por un cuadro de fútbol, ídolos actuales, series, dibujos animados) facilitando el inicio del vínculo.

Se debe ser respetuoso, no interferir o interrumpir cuando habla, estar atento a sus gestos, y no juzgarlo ni burlarse. Es frecuente el uso del humor o de frases que suenan irónicas o de burla en el acercamiento al niño, lo cual es incorrecto ya que carece de la madurez cognitiva para la comprensión del doble sentido, lo cual puede originar sentimientos negativos (enojo, vergüenza) que lo vuelven más vulnerable (3).

En la situación de enfermedad del niño, se debe evaluar por un lado si la presencia de síntomas (dolor, fiebre, astenia) hace difícil la comunicación y por otro, la expresión conductual frente al malestar físico (comunicación no verbal). Será fundamental el apoyo de la información de los padres sobre las características conductuales de su hijo cuando esta sano.

Así como discernir el estilo de comunicación de los adultos significativos con ese niño. (3). La clave será establecer vínculos de confianza, ya que las consultas con niños pueden estar cargadas de temores y sentimientos de angustia.

Podemos estar frente a padres con sentimiento de culpa por creer que no fueron suficientemente capaces de cuidar y proteger a su hijo.

El profesional deberá prestar especial cuidado para evitar barreras personales vinculadas al prejuicio frente a las conductas o manifestaciones de los padres, pues esto puede obstaculizar el vínculo y distorsionar la comunicación y la obtención de información.

Ambiente donde se da la entrevista

El lugar físico donde se lleva a cabo la entrevista clínica es muy importante, y debe ser adecuado a la edad del niño, tanto en policlínica como en la internación.

El cuidado del entorno, la decoración (juguetes y material de dibujo) y mobiliario debería ser acorde a los niños. Esto da un marco positivo y de sostén a la comunicación que se llevara a cabo, efectivizando el mensaje desde el equipo y la institución sobre la intención de brindar una buena asistencia.

Permitir que el niño explore el cuarto y los materiales (estetoscopio, baja lengua, linterna, etc) y relatar las maniobras antes y durante su realización ayudan a mantener niveles de ansiedad que no obstaculicen la consulta (3).

Cuidar que la temperatura se adecuada para desvestirlo, utilizar dispositivos de seguridad para evitar accidentes (enchufes, protector de puntas, escalones para acceder a la camilla, evitar los juguetes pequeños). La higiene de los materiales de juego, debe ser especialmente tenida en cuneta.

El ruido en los niños forma parte de la entrevista (gritos, llanto, conversación superpuesta) y deben ser aceptados. Pero se debe evaluar cuando se convierten en excesivos, obstáculos o cuando provienen del ambiente externo al niño.

Etapas evolutivas específicas:

a) Recién nacido a dos años.

Etapa preverbal La necesidad de comunicarse y de expresarse surgen desde el nacimiento, así como la habilidad para hacerlo. Es así que el bebé utiliza lenguajes diversos para poder satisfacer sus necesidades de cuidado.

Al principio el llanto es el medio de comunicación verbal utilizado. De acuerdo a las características del llanto sus padres o cuidadores irán dando intencionalidad al mismo y podrán decodificar las necesidades y los estados de ánimo del bebé.

Las miradas, el contacto, el estímulo, son también una forma esencial de comunicación que permiten reconocer y responder a las demandas del niño.

Alrededor de los tres meses de vida, el lenguaje corporal toma un papel relevante: el movimiento de las manos, los gestos faciales, la sonrisa, son respuestas reconfortantes ante los primeros indicios orales (balbuceo, laleo).

Esta etapa del desarrollo del lenguaje, llamada pre- lingüística es la etapa del nivel fonológico puro y comprende el llanto del bebé, los sonidos guturales (ga, go, gu) y sus balbuceos hacia el primer año de vida (4).

Paulatinamente el bebé comienza a darse cuenta que los sonidos que realiza producen diferentes efectos en su entorno, lo que despertará mayor interés por comunicarse y aumentará la emisión de sonidos.

Entre los 9 y los 12 meses la comunicación se ve enriquecida por los gestos deícticos, donde el niño comienza a señalar y mostrar, con intencionalidad (desea aquello que señala). Es también en este periodo donde responde a su nombre y a consignas sencillas como "no", "vení", "tomá". Puede además, llegando al año de vida, imitar palabras y

entonación de los adultos, y logra decir algunas palabras de dos sílabas, así como comprender órdenes y prohibiciones.

A los 18 meses su nivel de comprensión mejora notablemente. Es entonces que comienza a pedir los objetos nombrándolos o señalándolos. Logra pronunciar correctamente alrededor de diez palabras y señalar algunas partes de su cuerpo si se lo piden (4).

Es llegando a los 2 años que su intención comunicativa a través del lenguaje verbal se hace más evidente. Es capaz de decir frases de dos o tres palabras y utilizar pronombres personales (yo, mí, tú).

Es fundamental en esta etapa privilegiar la relación médico-padres, pues son éstos quienes podrán discriminar las sensaciones displacenteras del bebe (dolor, hambre, sueño, etc.) y proporcionar información necesaria para los cuidados y tratamientos (5).

b) El Preescolar. De tres a cinco años.

En la comunicación con niños preescolares, el profesional debe en primera instancia evitar el preconceito más frecuente de considerar a estos niños como "pequeños" e incapaces de comprender y analizar la información. La tendencia errónea de este preconceito, es la de dirigirse en forma exclusiva a los adultos a cargo. Si bien la presencia de los padres es imprescindible y la mayor fuente de información también proviene de ellos, los niños tienen la madurez de comunicar ideas, por lo que pueden dar cuenta de aspectos sobre su vida y estado de salud-enfermedad (3).

En el desarrollo del lenguaje en ésta edad ya estamos en la etapa lingüística, que se inicia partir de los doce meses por el resto de la vida. Hasta los 24 meses se dan las holofrases (es una palabra que implica el significado de todo un enunciado) por ejemplo "amaña" como "hasta mañana" o "papa" como "tengo hambre" o "quiero comer".

Luego se va agregando vocabulario, una dos palabras, luego cinco palabras y llega a comprender instrucciones más complejas (6).

A los tres años conjuga verbos por generalización, aparecen las conjunciones y el acervo de vocabulario llega a 800 palabras (6).

A partir de los cuatro años aparecen adjetivo, adverbios y preposiciones en las frases. Es la edad del "por que" con mayor interés en el aporte de vocabulario que en la lógica de la explicación en sí misma (6).

Entre los cuatro y los seis años es el momento de perfeccionamiento del vocabulario y la complejidad de la estructura gramatical, hablan mucho y acompañan sus juegos de lenguaje lo que ayuda a la socialización (7).

Es muy importante tener en cuenta, que el niño de esta edad comprende mucho más de lo que puede verbalizar, ya que se da primero un mayor desarrollo de la comprensión que de la expresión (6).

Muchas veces expresan a través de acciones lo que sienten o piensan de una situación, por ejemplo rompen cosas o agreden si están tristes, frustrados o enojados.

El profesional debe estar atento a captar esto y ayudar al niño a verbalizar lo que le sucede (te sentís nervioso, cansado, enojado, etc.)

Los niños de éste período de edad suelen hacer interpretaciones concretas sobre las preguntas que se les hace y por lo mismo también lo son sus respuestas.

El profesional debe entonces realizar preguntas acotadas a la información que necesita. Por ejemplo la respuesta negativa a la pregunta ¿tenes ganas de comer? Puede deberse a que no le gusta la comida y no a un síntoma como falta de apetito (3).

Otra característica del pensamiento del niño tiene que ver con adjudicar o comprender las causas y el efecto de lo que le pasa partiendo de conceptos irreales (pensamiento mágico). Por ejemplo "no me lavé los dientes y me empezó a doler la panza por eso".

Por eso es importante indagar que comprendió de la consulta para que no mantenga falsos conceptos.

El agregar otras vías de comunicación como los dibujos, el juego con muñecos suele ser muy efectivo en esta etapa para recabar información (3). Por ejemplo: ¿Cómo se llama tu muñeca? Una vez que sabemos el nombre ¿Fulana esta enferma? ¿Qué le duele? ¿Mostrame donde le duele? ¿Qué hace fulana cuando le duele? ¿Y tu que haces para que se cure?

c) El escolar. De seis a diez años.

En esta etapa del ciclo vital la adquisición de la lecto-escritura toma un papel relevante en la comunicación, de manera que se transforma en el recurso por excelencia para el acceso a los conocimientos.

El intercambio de experiencias que proporciona la escuela, los amigos y los adultos cercanos al niño, le brindan variedad de modelos y usos del lenguaje.

El niño enriquece su vocabulario y logra poner en palabras sentimientos y emociones que le generan las diferentes situaciones de vida (7).

Junto con el desarrollo de las capacidades sociales y lingüísticas evolucionan sus capacidades afectivas.

Pero el poder reconocer sentimientos propios y de otros, no significa que éstos se controlen. En muchas ocasiones los sucesos vitales (enfermedades graves, duelos, pérdidas) se viven de forma tan intensa que pueden desestabilizar este control emocional.

En este sentido, es necesario estar atentos no sólo a lo que el niño trae en su discurso, sino también a las diferentes manifestaciones no verbales.

El profesional debe estar atento a estas características y alentar al niño a que comience a ser un actor más activo y colaborador de sus propios cuidados.

Es muy importante dirigirse al niño en las consultas (ya que, una vez establecida la relación de confianza el profesional comienza a ser un referente significativo para él) e incentivarlo a desplegar prácticas preventivas (lavarse las manos antes de comer, taparse la boca al toser, tener una alimentación adecuada y saludable) (8).

d) La Pubertad . De 11 a 13 años.

No son niños pero tampoco son adolescentes, y menos que nada adultos. La pubertad es una etapa signada por un cúmulo de cambios físicos y sociales abruptos y vertiginosos, por lo que el profesional debe realizar un tipo de entrevista dirigida a determinados aspectos que se debe despistar.

En cuanto a los cambios físicos, el desarrollo sexual fisiológico vinculado a los cambios hormonales, llevan de una potencial sexualidad a la posibilidad de ejercer la sexualidad genital y la procreación. Sumándose a ello, los cambios significativos en el esquema corporal que significan y señalan dicha posibilidad.

En ésta etapa se debe estar también muy atentos a las modificaciones del peso corporal, tanto por el ascenso como por su descenso brusco, mas aún si éste se vincula a algún tratamiento médico.

En cuanto a los cambios sociales, encontramos el paso de la escuela al liceo, con las modificaciones claras en los vínculos con los docentes (maestra- profesor), con el aprendizaje (temas a materias) y manejo de los horarios. Es un punto de inflexión social pasar de ser los mas grandes por estar en el ultimo año de la escuela o ser los mas chicos por haber ingresado al liceo.

En la interacción con sus pares cambia los códigos de habla, la estética de la ropa y el peinado, los temas de preocupación y las áreas de ocio (juegos, actividades, reuniones).

Debemos tener en cuenta que estos cambios ocurren con las variaciones propias del desarrollo, no son universales ni uniformes y a veces no existe consistencia entre los cambios en las diferentes áreas (física, social y emocional). Esto identifica esta etapa evolutiva como de gran desafío para la comunicación.

Podemos encontrar una púber que aun juega a las muñecas o colecciona pegotines, y otra que se viste y posa en fotos con la actitud seductora y provocativa de una modelo. Es frecuente que ante esta divergencias en el desarrollo, el profesional opte por tratar al paciente púber en dos sentidos categóricos, como que aún es un niño o como un adolescente enfatizando la independencia del adulto a cargo.

Si bien es necesario también entrevistar a los adultos a cargo, según el nivel de madurez e independencia ya logrado por el paciente, también se puede optar por realizar la entrevista a solas con el paciente o iniciarla con los adultos presentes y pedir que luego se retiren.

Este momento a solas es conveniente ya que en éstas edades es muy frecuente la inhibición frente ante la presencia del familiar y luego faltan datos importantes en la entrevista. También es frecuente la inhibición y la manifestación de vergüenza ante el profesional.

Se puede utilizar como técnica de recavar información las preguntas cortas y con opciones claras, al inicio de la entrevista para ir facilitando la apertura aun dialogo un poco mas fluido. El respeto a la intimidad es fundamental.

Comenzar por temas generales y especialmente más neutros (el nombre y características del liceo, como se moviliza para llegar, etc) para luego introducir con mucho respeto y tacto los temas más íntimos relacionados con los diversos cambios propios de ésta etapa.

e) Adolescencia.

El adolescente continua el desarrollo de las habilidades comunicacionales, puede transmitir ideas complejas mediante el uso del lenguaje, así como utilizar metáforas, analogías y eufemismos (3).

En general el adolescente, maneja un doble lenguaje, el de sus pares cargado de modismos y códigos, y el cotidiano del mundo adulto.

El uso del lenguaje, es más restringido y con mayor cantidad de muletillas o palabras y términos de moda. El mantenerse al día con el discurso adolescente es muy difícil para un adulto que no este muy cerca de su cultura. De todas maneras, no siempre es necesario y útil utilizar sus modismos. A veces les resulta ridículo y les genera rechazo.

El adolescente posee la madurez para un razonamiento abstracto y la identificación de emociones, motivaciones y comportamientos, facilitando la comunicación en el ámbito médico lo cual es muy importante para la prevención, la educación en salud así como en la adaptación a la enfermedad y la adhesión al tratamiento.

De esta manera también se espera que den información más veraz y ajustada, así como que corroboren o no la información brindada por sus adultos cercanos (padres, profesores, hermanos) (8).

Es primordial en el adolescente el desarrollar una alianza terapéutica: que se sienta comprendido y no invadido o juzgado, y que el profesional ocupe un lugar de adulto referente. Hay que tratar de evitar situaciones de confrontación que exacerben el conflicto dependencia-independencia propios de ésta etapa evolutiva.

El entrevistar a un adolescente implica un cambio en la actitud del profesional, pasando de lo que era la entrevista con el niño a un tipo de entrevista que tampoco es totalmente igual a la del adulto. Se debe abordar con el adolescentes temas vinculados con la sexualidad, el consumo de sustancias, conductas de riesgo, entre otros, con un perfil de prevención que a veces no es tan claro en la entrevista del adulto.

Por ejemplo hay temas que deben ser interrogados con los padres, como historia de desarrollo e historia familiar, así como antecedentes de vinculos sociales y de educación. Al estar presente los padres nos da la oportunidad de observar la interacción entre ellos y el paciente, lo cual nos da pistas de la dinámica familiar (8).

Todo en un marco de confidencialidad pero explicitado en sus límites, como por ejemplo la información de conductas de riesgo con compromiso vital a sus familiares ya que

la seguridad del paciente es prioritaria.

La comunicación con la mujer embarazada

El embarazo y el parto son etapas en la vida de la mujer, cuyo sentido se va conformando con su historia individual, las tradiciones, la información y opiniones que recibe de su entorno, desde la madre, abuela y suegra hasta las parteras y doctores.

Si bien la comunidad científica ha puesto gran interés y foco en el proceso reproductivo, y se han logrado indudables avances en dicho campo, las necesidades emocionales de la mujer embarazada son pocas veces tenidas en cuenta por los equipos de salud que la atienden. Paradójicamente, el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP-SMR OPS/OMS)(9), recomienda que: "En cada encuentro se espera que el personal de salud se preocupe por el bienestar emocional de la madre (...) La buena comunicación es esencial" (Defey,) (10).

En el embarazo, junto a los cambios corporales, se ven afectados los procesos fisiológicos del sueño, el apetito y la digestión. Los cambios hormonales pueden afectar el humor, la habilidad para pensar y recordar. En este proceso, la mujer experimentará emociones y fantasías intensas sobre el parto, así como cambios en su sentido de sí misma. Tiene que expandir el sentido de quién es para incorporar al bebé como parte de sí misma y como un ser independiente.

Este nuevo integrante en la familia cambiará sus relaciones íntimas, sus relaciones con su familia extendida y su rol en la sociedad. Es un período en que tendrá que enfrentar la mayor cantidad de trabajo mental de su vida (11). Ninguna otra actividad en su vida va a requerirle su total presencia emocional e involucramiento de esta manera.

Concomitantemente con la gestación física, la mujer irá gestando psíquicamente (Tustin), a su bebé e irá desplegando una secuencia de modos de percibirlo y vivenciarlo (lo que llamamos "representaciones maternas". Esto es: como se imagina a sí misma como madre y a su bebé como hijo. Estas representaciones cumplen una función protectora, cuando la madre imagina al bebé ideal y la madre ideal que ella quiere ser. También cumplen una función preparatoria (con las representaciones múltiples y fugaces: "hoy es una niña, mañana es un varón, hoy es más inquieto, mañana se parece a...". Esto prepara a la madre para recibir al bebé real.

El embarazo es un período de alta sensibilidad psicológica. Se produce un estado psicológico en el que los sentimientos, conflictos, recuerdos y temores del pasado suben a la superficie de la vida mental con mayor facilidad. De lo anterior se desprende lo importante que va a resultar la escucha y la sensibilidad del profesional de la salud.

También es frecuente que la embarazada manifieste un grado de regresión emocional que hace que esté más dependiente de los demás. Sus emociones son más intensas y necesita de mayor apoyo de su entorno, lo que Klaus y Kennel (1993) conceptualizaron como "mothering the mother" (cuidados maternos para la propia madre).

El estilo de relación que se establecerá entre el médico y la embarazada reflejará en parte la formación científica de éste y en parte los saberes y creencias construidos por

la mujer a partir de su educación, formal e informal. Un objetivo del profesional será evitar el desencuentro/choque con su paciente ante este evento vital trascendente.

Por lo general, la mujer se deposita en las manos del médico con absoluta confianza. La consulta es una oportunidad para expresar la necesidad de ser escuchada. Una escucha que valide sus emociones, que no emita juicios y favorezca el encuentro con otros que le aseguren una red de apoyo para que pueda vincularse de manera sana con su bebé.

El lenguaje adquiere un peso de mandato, así "Un adjetivo sobre el hijo/a usado por los técnicos en un momento de especial vulnerabilidad puede tener un efecto determinante sobre los padres en las relaciones con él a largo plazo. Como contraparte, una actitud maternante de los técnicos, que ofrece empatía en la gestación y las primeras etapas de la crianza, puede constituirse en un modelo que contrapesa figuras internalizadas por la embarazada marcadas por la indiferencia o la hostilidad" (10).

Es importante entonces lograr un clima de confianza buscando generar un encuentro cálido y personalizado que infunda seguridad. Es fundamental abordar la consulta con respeto, tolerancia y empatía preservando la intimidad y la confidencialidad de modo que la paciente se sienta cómoda. Cuando la mujer embarazada se siente cuidada, cuando se siente escuchada y atendida en sus necesidades, es reasegurada en su autoconfianza.

El mito de "contagiarle" los sentimientos al bebé: "no llores que le vas a hacer mal" o "tenés que estar tranquila por el bebé" son de las tantas frases que habitualmente escuchamos se le dicen a las mujeres embarazadas. En el imaginario social está la creencia de que los estados emocionales de la madre afectan a su bebé y la comunidad científica aún no ha sido concluyente en este sentido. Este tipo de aseveración no hace otra cosa que aumentar la fuente de tensión y presión en quien la padece. Lo que sí se ha demostrado, es una asociación entre estrés, embarazo y parto prematuro.

El médico tiene un rol importante a la hora de derribar este mito haciendo explícito de que no hay riesgo en las preocupaciones cotidianas, que los pensamientos y emociones de la embarazada no dañarán a su bebé (10). Llama la atención cómo, cuando se le comunica esto a la mujer, ella lo recibe con gran sorpresa e incredulidad y luego siente que se ha sacado un peso de encima.

Está reconocido que las habilidades interpersonales son tan importantes como las habilidades clínicas y que, en muchos escenarios, las actitudes negativas y discriminatorias hacia los pacientes constituye una de las barreras primordiales para el acceso al cuidado y control del embarazo. Muchas veces, cambiar el modo de la interacción interpersonal es un desafío grande porque la relación médico paciente está enraizada en actitudes, prejuicios y suposiciones sobre el tipo de población a la que atienden. Se torna necesario entonces la autorreflexión, el ejercicio de la empatía y la crítica a los propios prejuicios para lograr el cambio.

Referencias Bibliográficas:

Greenspan, S.I. (2003)
The clinical interview of the child.
USA: American Psychiatric Publishing.
3rd. Edition.

Morrison, J.R. & Andres, T.F. (1999)
Interviewing Children and Adolescents:
Skills and Strategies for Effective DSM-IV
Diagnosis.
New York. USA: Guilford Press

Young, J.C., Davidson, J.A. & Gross, A.M.
(2010)
Clinical Interviewing with Children
(Chapter 8).
En Thomas, J. & Hersen, M. (Eds.) (2010).
Handbook of Clinical Psychology
Competencies.
New York. USA: Springer.

Trenchi, N (2011)
Capítulo 1. 0-12 Meses.
En Trenchi, N. (2011)
¿Mucho, poquito o nada? Guía sobre
pautas de crianza para niños y niñas de 0
a 5 años de edad.
Montevideo. Uruguay: Fondo de las
Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF.
Recuperado en
[http://www.unicef.org/uruguay/
spanish/Guia_crianza_capitulo_01_web.
pdf](http://www.unicef.org/uruguay/spanish/Guia_crianza_capitulo_01_web.pdf)

Unicef (2005) Bienvenido Bebe.
Guía completa para el cuidado del recién
nacido. 0 a 3 meses.
Recuperado en [http://www.unicef.org/
uruguay/spanish/bienvenido_bebe.pdf](http://www.unicef.org/uruguay/spanish/bienvenido_bebe.pdf)

Casanova Vega, P., Feito Blanco, J.,
Serrano Sanz, R., Cañas Fernández, R. &
Durán Rodríguez, F. (2012).
Temario técnico en educación infantil
(Castilla y León). Madrid. España:
Editorial Paraninfo.

Créspi Rupérez, C. (2011).
Expresión y comunicación.
Madrid.España: Editorial Paraninfo.
[Libro electrónico] disponible
en [http://www.paraninfo.es/
catalogo/9788497328227/expresion-
ycomunicacion](http://www.paraninfo.es/catalogo/9788497328227/expresion-ycomunicacion)

Goldstein, M.A. (Editor) (2011).
The MassGeneral Hospital for Children
Adolescent Medicine Handbook.
Boston. USA: Springer.

MSP (2007)
Normas de Atención a la Mujer
Embarazada.
En MSP (2007).
Guías en Salud Sexual y Reproductiva.
Montevideo. Uruguay.

Defey, D (2010)
El trabajo psicológico y social con
mujeres embarazadas y sus familias en
los centros de salud.
PNUD, Cooperazione Italiana, INAU.
Montevideo. Uruguay.

Bibliografía:

Bydlowski, M (2007)
La deuda de vida. Itinerario psicoanalítico
de la maternidad. España: Ed. Biblioteca
Nueva.

Maldonado Durán, M., Saucedo García,
J.M. & Lartigue, T. (2008).
Cambios fisiológicos y emocionales
durante el embarazo normal y la
conducta del feto.
México. Perinat Reprod Hum 2008; 22:
5-14

Márquez Barradas, M. & Pérez Rosiles, L.
(2004).
La atención a la salud durante el
embarazo y el parto. Una propuesta
desde la psicología de la salud.
Avances en Psicología Latinoamericana.
2004; 22 :61-75

Stern, D. (1995)
The Motherhood Constellation: A Unified
View of Parent-infant Psychotherapy.
New York. USA: Basic Books.

The Skilled Care Initiative (2005)
Compassionate Maternity Care: Provider
communication and counselling skills.
Technical Brief.
En The Skilled Care Initiative New York,
USA Recuperado en
[http://www.familycareintl.org/UserFiles/
File/sci_techbrief_comp.pdf](http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/sci_techbrief_comp.pdf)

Urra, M. (2004).
Todo lo que sé sobre comunicación
interpersonal.
Chile: eCampus de UNIACC.
Disponible en: [http://www.ecampus.cl/
htm/psicologia.htm](http://www.ecampus.cl/htm/psicologia.htm).

La comunicación con el adulto mayor

Dr. Juan J. Dapuyo

Algunos datos demográficos

En el último siglo las sociedades experimentaron una serie de transformaciones en la composición las poblaciones que se denominaron transiciones demográficas (1).

La primera transición demográfica acompañó a la modernización de la sociedad y a los cambios sociales propios de la industrialización y la urbanización. Este proceso implicó el pasaje de un equilibrio de población de bajo crecimiento demográfico sostenido por altas tasas de mortalidad y natalidad, a otro régimen también de crecimiento bajo o nulo, pero en este caso producido por tasas bajas de natalidad y mortalidad.

La segunda transición demográfica caracteriza por el descenso de la fecundidad como consecuencia del conjunto de cambios que experimentó la familia occidental desde mediados de la década de 1960. Además de la reducción del ritmo de crecimiento de la población, entre las consecuencias más relevantes de la transición demográfica se encuentran los cambios producidos en la estructura de edades (transición estructural de las edades). Este concepto busca poner de relieve los efectos del proceso de reducción progresiva de las cohortes de nacimiento por el descenso de la fecundidad, en menor medida por la mejora de la mortalidad y, en algunos países como el nuestro, por los efectos de la migración.

“El envejecimiento de la población va a afectar a todas las sociedades que han alcanzado una fase final de la transición demográfica y el Uruguay está en este caso. Se debe considerar que es el resultado de logros positivos de la sociedad uruguaya y es consecuencia de objetivos alcanzados en materia de salud reproductiva y de esperanza de vida” (Cabella y Pellegrino, 2010).

Sin embargo, como consecuencia de estos procesos demográficos, la población de 65 o más años pasó de representar el 7,6% del total en el censo de 1963 al 14,1% en el Censo 2011 y dentro de este grupo los mayores de 80 años constituyeron el 25% en los datos censales del 2004. A la inversa, en el período 1963-2011 se verifica un importante descenso del porcentaje de población menor de 15 años, que pasó de representar el 28,2% de la población en 1963 a constituir el 21,8% en 2011 (2).

Estos antecedentes señalan la importancia que tiene y tendrá para los médicos en formación la atención de salud de este grupo de la población.

Particularidades de la comunicación con adultos mayores

Quizás la condición más importante en la comunicación con las personas mayores sea la paciencia. En general, a medida que aumenta la edad la entrevista puede ser más difícil debido a las limitaciones visuales o auditivas, la afectación de las funciones cognitivas como la memoria, el razonamiento, el lenguaje, o por la declinación física que obliga a disponer de un mayor tiempo para la entrevista y el examen físico.

Las respuestas a las preguntas se hacen más lentas, los síntomas son menos precisos y las quejas son más frecuentes pero vagas. A su vez, la historia clínica puede ser difícil de obtener por la cantidad de eventos, tratamientos, cirugías, fármacos sumado a la imprecisión de las respuestas y a los fallos de memoria.

Mientras que los niños, adolescentes y adultos jóvenes en general se parecen bastante entre sí en cuanto a sus trayectorias biográficas y expectativas respecto a los proyectos vitales, los pacientes mayores son muy diferentes entre sí. En aquéllos evaluamos sobre todos las potencialidades e expectativas, en éstos tenemos que evaluar en qué medidas aquellos proyectos y expectativas se vieron concretadas en la realidad o no, cuáles fueron los logros reales y cuáles se perciben como frustraciones, fracasos o duelos. Es importante detenerse en la historia social desde el nacimiento, la familia de origen, la educación, la constitución de la pareja, el o los matrimonios, el familiarograma, los empleos, la situación financiera, los arreglos de vivienda y el soporte social.

Interesa también abordar temas referidos a la autonomía, la necesidad de depender de otros y la disponibilidad de esos cuidados. Las actividades de la vida cotidiana tanto básicas (movilidad, vestido, baño, aseo, alimentación), como instrumentales (vida independiente, manejo del dinero, compras, cocina, cuidado de la casa, uso del teléfono, medicamentos).

La obtención de la historia clínica y la identificación de los síndrome geriátricos exceden el alcance de este trabajo. Pero sí nos interesa considerar algunos aspectos específicos de la entrevista.

La entrevista puede ser muy interesante y entretenida cuando encontramos un paciente con una rica historia personal, con buena disposición a contar sus anécdotas, mentalmente ágil, y dispuesto a colaborar. Por el contrario puede ser muy tediosa y frustrante en el paciente con déficit sensoriales y cognitivos importantes que no sabemos como manejar.

Barreras en la comunicación con el adulto mayor

El envejecimiento es responsable de cambios fisiológicos que afectan la audición, la voz y el proceso. Tan es así, que podemos predecir con bastante certeza la edad de una persona por las características del habla como el temblor y el tono de la voz, el ritmo, el volumen o la fluidez del discurso. Casi la mitad de los adultos mayores de 75 años tienen pérdida de la audición (Yorkston et al., 2010) (3). Otros tendrán otras alteraciones del lenguaje dependientes de patologías neurológicas previas al envejecimiento o como consecuencia de éste. Además podrán tener dificultades para la lectura y la escritura.

En los mayores de 65 años, aumenta progresivamente la incidencia de enfermedades que afectan los procesos cognitivos como la atención, la memoria, la percepción, las funciones ejecutivas y la resolución de problemas. Esas mismas enfermedades afectan el lenguaje, tanto la articulación de la palabra como fallos en encontrar las palabras para nombrar personas u objetos. También se puede afectar la movilidad, la coordinación de movimientos y las destrezas para vestirse.

Estos aspectos resultan críticos en la prestación de servicios de salud, entre los cuales la consulta médica es el más importante. La presencia de al menos un problema de comunicación estuvo asociado con un aumento del riesgo hasta tres veces superior de que un paciente internado en el hospital experimente un evento adverso de salud con respecto a que aquellas personas sin problemas de comunicación (Bartlett et al, 2008) (4).

En el primer nivel de atención, se ha constatado que existe una relación entre la presencia de problemas de comunicación y el grado de insatisfacción con los cuidados de salud, incluyendo la calidad, accesibilidad e información recibida (Hoffman et. al 2005) (5).

A estas dificultades se agrega que muchas veces la entrevista el adulto mayor incluye terceras personas, familiares o cuidadores, lo que comentaremos a continuación.

¿Entrevistar al paciente, la familia o ambos?

En líneas generales, la respuesta pasa por balancear el respeto por la autonomía e independencia del paciente, con la necesidad de contar con un informe de la familia respecto a las quejas somáticas, el estado de ánimo y el nivel de funcionalidad física, mental y social del paciente. También habrá que tener en cuenta las preferencias del paciente. Hay personas que se sienten más seguras estando acompañadas mientras que hay otras que solamente van a abordar ciertos temas en la conversación con el médico en una conversación privada y luego que el médico les asegure la confidencialidad. Una situación crítica a evitar es dejarse llevar por la natural tendencia a privilegiar la comunicación con el acompañante, mucho más fácil y directa, y a excluir al paciente mayor de la conversación, lo que puede generar la sensación de no ser tenido en cuenta o ser subestimado.

Sea cual sea la forma que se asuma en el primer encuentro, en algún momento será necesaria una entrevista individual con el paciente y una entrevista con la familia sin la participación del paciente.

Temas particularmente importantes en la comunicación con el paciente mayor. Existe una lista de temas que más tarde o más temprano aparecerán en las conversaciones con el médico.

Algunos de esos temas se refieren a la dimensión espiritual, tales como el sentido de la vida, el balance de lo vivido, las esperanzas para el futuro, la sensación de paz interior, de haber cumplido con una misión en la vida o por el contrario la sensación de que quedaron temas pendientes, frustraciones, pérdidas o duelos sin resolver. Las personas mayores más frecuentemente se refieren a temas religiosos o de la trascendencia

de la vida humana, con los cuales los médicos pueden no sentirse cómodos. En todo momento, habrá que asegurar una escucha respetuosa más allá de las concepciones filosóficas del interlocutor.

Otro aspecto crítico de la comunicación se refiere a la esfera afectiva y la sexualidad. A las personas mayores no les resulta fácil referirse a conflictos matrimoniales o de pareja, a la existencia de vínculos extramatrimoniales propios o del cónyuge, algunos de larga duración, a los cambios en el aspecto físico, a las necesidades sexuales y sus dificultades como la disminución del deseo o de la función sexual o la falta de intimidad y privacidad. Es importante estar disponible para escuchar cuando el paciente se disponga a plantear estos temas y en muchos casos habrá que explorarlos más activamente.

La planificación anticipada de los tratamientos, lo que en nuestra legislación se llama directivas anticipadas o testamento vital, son temas muy importantes para conversar una vez que se pudo establecer un vínculo de confianza con el paciente. Qué es lo que quiere y no quiere que se le haga, hasta cuándo mantener o no tratamientos, decisiones al final de la vida, son todos temas para conversar en forma temprana, cuando el momento de la decisión todavía se presenta lejano. Nos dedicaremos más a esto cuando abordemos las habilidades avanzadas en la comunicación.

Los temas de familia, los hijos, los nietos, los cambios en los roles sociales y familiares, son aspectos muy importantes de la vida de la persona mayor, y es muchas veces el médico el único interlocutor neutral disponible para compartirlos.

Hay que tener en cuenta que las personas mayores tienen una gran susceptibilidad para experimentar como quejas somáticas los estados emocionales que los perturbaban, y que estos a su vez están muy relacionados con situaciones de estrés o conflictivas personales o familiares. De modo que el abordaje psicosocial es fundamental en esta etapa de la vida, tanto como lo es en lo que se refiere a los pacientes pediátricos.

Tips para tener en cuenta en la comunicación con los pacientes mayores

Robinson y colaboradores (6) recomiendan veinte consejos para mejorar la comunicación con los pacientes mayores, de los cuales hemos tomado diez en el entendido que los otros se han mencionado en distintas partes de este manual como parte de la comunicación habitual con los pacientes.

Estos diez puntos son :

1. Tomarse tiempo extra con los adultos mayores

El tiempo de la consulta es una gran limitante para la calidad de la atención, pero es especialmente crítico con estos pacientes. Necesitan más información, se comunican mal, están nerviosos y les cuesta prestar atención. Tenemos que tratar de no dar la impresión de estar apurados o desinteresados.

2. Evitar las distracciones auditivas y visuales

Esto es recomendable siempre, pero resulta críticos con estos pacientes a quienes les cuesta focalizar la atención o desplazar el foco de atención de un tema a otro.

3. Sentarse cerca y cara a cara con el paciente

Para las personas con dificultades auditivas o visuales estar cerca ayuda a comprender los mensajes, leyendo los labios y los gestos.

4. Hablar lento, claro y fuerte

La curva de aprendizaje de las personas mayores suele ser más lenta que en las personas jóvenes por lo que ir despacio ayuda sustancialmente a la comprensión y memorización de las recomendaciones e instrucciones. Hable fuerte y claro, pero no grite.

5. Utilizar palabras y frases cortas y sencillas

El pensamiento puede hacerse muy concreto y el paciente puede no comprender términos muy abstractos o complejos. Hay que hacer un esfuerzo especial para evitar la jerga médica y usar palabras muy básicas.

6. Tratar un tema por vez

La sobrecarga de información les puede generar confusión a estos pacientes.

7. Simplificar al máximo las instrucciones y escribirlas con letra clara.

El tiempo que se puede "perder" en escribir las indicaciones en la computadora e imprimirlas se ahorra en explicaciones y malos entendidos.

8. Utilizar dibujos, fotos, ilustraciones o gráficos para explicar lo que queremos decir. Tomarse unos minutos para hacer un dibujo o mostrar un gráfico o un cartel facilita y hace la consulta más eficiente.

9. Tener a mano carteles, folletos o librillos fáciles de leer

Existen en la web una gran cantidad de materiales para pacientes que pueden ahorrar mucho tiempo porque el paciente se lo puede llevar para leer y estudiar con calma en la casa y con ayuda de allegados.

10. Estar preparado para ayudar al paciente a sentarse, pararse, vestirse y desplazarse de un cuarto a otro. Estar disponible pero a la vez atento de que esto no haga que el paciente se sienta dependiente o subestimado en sus posibilidades.

"Doctor, ¡qué joven que es usted!"

Esta es una frase que vas a escuchar muchas veces durante tu etapa de estudiante y en los primeros años de tu carrera, hasta que la vida te pinte algunas canas y te profundice algunas líneas en la cara.

Para el estudiante y joven médico, asistir a una persona mayor puede ser un desafío no exento de incomodidades y sentimientos ambivalentes.

El paciente o el acompañante puede mostrarse desconfiado frente a un médico que presume inexperto. El estudiante o el residente puede sentir incómodo por percibir esta desconfianza o a veces por tener que entrar en temas personales con una persona mayor que le recuerda a sus propias figuras familiares, padres o abuelos.

Es extremadamente importante mantener el rol profesional. El trato de "abuelo", "don o doña", "mi viejo" o similares a algunos pacientes les puede resultar cercano o amistoso pero en general puede impresionar demasiado familiar e irrespetuoso. En todo caso, los pacientes mayores merecen el mismo trato formal que los de edad media, ya sea "señor", "señora", o por el nombre o apellido si hubiera más confianza. El tuteo que se ha vuelto casi universal con los pacientes jóvenes o adultos puede resultarse confanzudo a una persona mayor, por lo que es importante tener en cuenta esta particular sensibilidad que las generaciones mayores tienen por el respeto.

Aunque resulte obvio, el paciente nunca será tratado como un padre o abuelo, por más que nos genere sentimientos familiares, y el médico nunca se comportará como hijo o nieto, por más afectuosa que sea la relación.

Transcribimos a continuación un diálogo ficticio pero que puede ejemplificar estos aspectos: La señora Alonso, de 80 años, viene a la consulta acompañada por su hija Beatriz de alrededor de 50 años. El Dr. Rodríguez es residente de primer año trabajando en una policlínica zonal.

Señora Alonso: ¡A qué doctor joven me tocó! Podría ser mi nieto Gonzalito.

Beatriz: ¡Ah sí! ¡Qué parecido! Es mi hijo que está en tercero de medicina.

Dr. Rodríguez: Sí, me recibí el año pasado. Ahora soy residente de Medicina Familiar y soy el médico responsable de esta policlínica.

Señora Alonso: A mí me gustan los médicos jóvenes porque están más actualizados y se preocupan más que los médicos viejos que ya están cansados de atender viejas como yo.

Beatriz: Disculpame, te tuteo porque podrías ser mi hijo. Pero a mí me gustan los médicos más mayores porque tienen más experiencia. Qué se yo, me hacen sentir mucho más segura.

Dr. Rodríguez: Me parece que las dos tienen algo de razón. En todo caso, todos los médicos mayores alguna vez fueron jóvenes. Pero bueno, yo soy el médico responsable hoy y me gustaría saber que le está pasando. Ahora yo la voy a atender y la voy a revisar, le voy a dar mi opinión sobre el problema que la trajo acá y ante cualquier duda voy a plantearle el caso a alguno de los consultantes que tenemos en la policlínica. Así usted y yo nos quedamos tranquilos que las cosas se hicieron bien.

Señora Alonso: ¡Qué lindo un médico joven que se preocupe tanto por una vieja como yo!

Referencias Bibliográficas:

- (1) Cabella W, Pellegrino A.
El envejecimiento de la población uruguaya y la transición estructural de las edades.
IX Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales Montevideo, UdelAR, 2010. Disponible en URL
[http://www.fcs.edu.uy/archivos/Mesa_30_cabella_pellegrino.pdf] Último acceso 7/10/2014.
- (2) Instituto Nacional de Estadística.
Resultados del Censo de Población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad Disponible en URL
[<http://www.ine.gub.uy/censos2011/resultadosfinales/analisispais.pdf>] Último acceso 7/10/2014.
- (3) Yorkston KM, Bourgeois MS, Baylor CR.
Communication and aging. *Phys Med and Rehabil Clin N Am* 2010, 21(2):309-319.
- (4) Bartlett G, Blais R, Tamblyn R, Clermont RJ, MacGibbon B.
Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings. *CAMJ* 2008, 178(12): 1555-1562.
- (5) Hoffman JM, Yorkston KM, Shumway-Cook A, Cial M, Dudgeon BJ, Chan Leighton.
Effect of Communication Disability on Satisfaction With Health Care: A Survey of Medicare Beneficiaries *American Journal of Speech-Language Pathology* 2005, 14:, 221-228
- (6) Robinson T, White G, Houchins JC: Improving Communication With Older Patients: Tips from the literature. *Fam Pract Manag* 2006, 13(8):73-78

¿Por qué se utilizan pacientes estandarizados en la formación médica?

Lic. Psic. Gracy Gómez

En este artículo conocerás las particularidades de una metodología que viene siendo ampliamente utilizada en cursos de pregrado y postgrado. Metodología que consiste en la utilización de personas entrenadas para simular el rol de un paciente, permitiendo la enseñanza y evaluación de habilidades clínicas y comunicacionales, en los procesos de enseñanza-aprendizaje en el ámbito de la salud.

Esta metodología se utiliza en numerosas escuelas de Medicina de EEUU, Canadá, Europa y Latinoamérica (1). Tal como lo aseguran los autores Cantrell y Deloney, "La simulación permite que el aprendiz forje sus conocimientos y su experiencia mediante la práctica y el ensayo en un entorno seguro en el que, causalmente, se minimizan las inconveniencias, las molestias y las posibles lesiones a los pacientes «reales»" (2).

Su efectividad está ampliamente demostrada (1) y permite una evaluación que no está limitada al campo teórico, permitiendo evaluar de forma segura y confiable las habilidades y destrezas que los estudiantes de medicina tienen sobre los aspectos comunicacionales, permitiéndonos ir más allá del saber y conocer, pudiendo demostrar cómo se adquieren dichos aspectos (1).

Antecedentes históricos

En la década de los 60, el neurólogo Howard S. Barrows (3), quién trabajaba en la Universidad de McMaster (Canadá), descubrió que una persona podía ser entrenada para simular una situación de enfermedad con el fin de enseñar y evaluar habilidades clínicas en estudiantes de medicina. Introdujo así el uso del "paciente programado" como metodología en la formación médica (1). Si bien al principio debió afrontar las duras críticas de sus colegas, que entendían que era una técnica artificial, limitada y costosa; siguió trabajando en ella debido a la gran aceptación que encontró en los estudiantes (4).

En los años 70, Barrows, organiza varios seminarios utilizando pacientes programados.

A principios de los 80 comienza a utilizarlos en la curricula de los programas de educación médica de la Universidad del Sur de Illinois y a difundir la técnica en otras universidades estadounidenses. Hacia fines de los años 90, dos tercios de las escuelas médicas de EEUU utilizaban este tipo de metodología en la formación de sus estudiantes (4).

Otros términos que se han utilizado son los de paciente simulado, paciente instructor, paciente educador, paciente profesional, sustituto del paciente y paciente actor (2).

La expresión "paciente estandarizado" (PE), que es la que se utiliza actualmente, fue acuñada por el canadiense Geoffrey Norman en un intento de dar cuenta de una técnica que permite que el paciente se presente de igual forma (estandarizada) frente a todos los estudiantes (5).

Con el correr de los años y habiéndose demostrado que es un recurso válido y confiable, se comenzó a utilizar como herramienta de enseñanza y evaluación en numerosas escuelas de Medicina del mundo (1). Así en el año 1993, el Consejo Médico de Canadá se convertiría en la primera institución en utilizar PE en el examen de licenciatura. En los EEUU, en el año 1998, el Consejo Educativo para Graduados Médicos Extranjeros incluiría el PE para comprobar las habilidades clínicas de los licenciados en medicina extranjeros. Más tarde, en el año 2004, la Junta Nacional de Examinadores Médicos, pondría en práctica el uso de PE, como uno de los componentes del Examen de Licencias Médicas estadounidense (4).

Entre los lugares en los que se viene utilizando PE desde hace ya algún tiempo, se encuentran Escocia, Australia, Holanda, Suiza. Hay trabajos sobre la introducción de PE en China, y la OMS ha asistido a Israel, España, Rusia, Ucrania y Brasil en el desarrollo de programas de PE (4).

En consonancia con los lineamientos educativos a nivel mundial, la Facultad de Medicina de la UdelaR, viene utilizando en la evaluación de sus estudiantes, dicha metodología desde hace ya diez años; habiéndose incrementado su uso a partir de la instauración del nuevo plan de estudios de la carrera de Doctor en Medicina, en el año 2009 (6).

¿Qué se entiende por paciente estandarizado (PE)?

"Los PE son individuos entrenados para desempeñar el rol de un paciente en un escenario apropiado con el propósito de enseñanza o evaluación de estudiantes de medicina, residentes o médicos en general" (4).

Se puede distinguir:

- "Pacientes reales estandarizados cuidadosamente entrenados para representar sus propias enfermedades de modo estandarizado e invariable" (1).
- "Pacientes simulados estandarizados preparados para representar el papel de un paciente real durante una entrevista clínica con un estudiante de medicina o un médico en formación" (1).

Los PE pueden ser actores o no, contratados por su habilidad para representar situaciones atendiendo a los detalles específicos de las mismas y entrenados para actuar de la misma manera frente a cada estudiante o sea de manera estandarizada.

¿Cuáles son los procesos en las cuales se utiliza paciente estandarizado?

- FORMACIÓN EN HABILIDADES CLÍNICAS Y/ O COMUNICACIONALES
- EVALUACIÓN DE HABILIDADES CLÍNICAS Y/ O COMUNICACIONALES

¿Qué características tiene una clase con actor?

Se instrumenta en el marco de talleres. "Espacios controlados de laboratorio", en los cuales el estudiante ejercitará determinadas habilidades, destrezas, competencias en una situación representativa de lo real.

Los PE son entrenados para representar en forma estandarizada determinadas situaciones y si bien pueden adaptar sus respuestas a quienes los entrevistan, la cantidad de información y el cómo la entregan se encuentra predeterminado (1).

A través de la interacción con el PE, el estudiante pondrá en juego sus habilidades clínicas y comunicacionales, adquirirá competencia profesional y habilidad para instaurar una adecuada relación médico-paciente, en el marco de una entrevista clínica.

Los docentes de los diferentes cursos de cátedras o departamentos, elaboran los guiones que luego desempeñaran los actores. El contenido de estos guiones, pueden estar referidos a un paciente que exhibe una determinada patología o realiza un determinado pedido de consulta.

El estudiante suele manejar algunos datos del paciente (sexo, edad, motivo de consulta) y de la situación clínica (paciente ambulatorio, internado, emergencia), que le permiten planificar ciertos aspectos de la entrevista. Podrá participar de la instancia, siendo entrevistador u observador. Como observador deberá completar una grilla de observación de la entrevista.

Una variante es utilizada en el caso del curso de Habilidades Comunicacionales del Ciclo Introductorio, primer semestre de la carrera, donde el actor representa a un informante calificado de la comunidad (vecina, director de liceo, adolescente embarazada). En este caso, se busca que los estudiantes ejerciten los principios básicos de la técnica de entrevista en comunidad.

La entrevista será filmada, para su posterior observación grupal, en base a la cual se genera un espacio de intercambio y reflexión. Por ser una situación experimental y para favorecer el aprendizaje, se puede repetir toda o parte de la entrevista. Detenerla, solicitar retroalimentación de los compañeros o el docente y volver a retomar la entrevista. Es lo que Barrows denominó "tiempo adentro" y "afuera" para permitir a los participantes detener en algún momento la entrevista y discutir lo que consideren importante (1).

El docente coordinará el taller. Supervisará el desempeño del actor en relación a su ajuste al guión predeterminado. Brindará feed-back al estudiante que oficia de entrevistador, acerca de su desempeño. Organizará los intercambios en la instancia plenaria. Jerarquizará las oportunidades de aprendizaje y los señalamientos necesarios.

El PE deberá ajustarse al guión que le ha sido asignado, manteniendo en todo momento sus rol desde el personaje. Brindará feed-back al estudiante que llevó adelante la entrevista acerca de cómo se sintió en la entrevista, si la misma colmó sus expectativas, como evalúa el vínculo con el entrevistador.

Los procesos de retroalimentación derivados de la "mirada" docente, el aprendizaje entre pares y la perspectiva del propio PE, brindan al estudiante la oportunidad de identificar obstáculos y facilitadores en su propio desempeño.

Pautas a tener en cuenta en un taller con actor:

- El estudiante deberá "sumergirse" en la situación, asumiéndola como real. Se denomina "pacto de realidad".
- El rol de entrevistador será siempre el de estudiante de medicina. (El estudiante no "actúa", practica o ejercita).
- El objetivo de la entrevista será aquel determinado por la consigna dada al estudiante.
- La actitud técnica del entrevistador será acorde a un desempeño profesional (ver capítulo XXX).
- Si se está representando una situación clínica el uso de túnica es obligatorio.
- Si se realiza examen físico el lavado de manos será obligatorio.
- El rol del actor será el determinado por el guión que le fuera asignado.
- El actor dentro del salón de clase, está siempre en su rol y brinda feedback al estudiante, desde ese lugar.

- El estudiante podrá solicitar que la escena sea "congelada" (tiempo afuera) a efectos de solicitar feed back del resto de los participantes.

¿Qué características tiene un examen con actor?

El evaluar una competencia clínica, requiere conductas a ser ejecutadas por el estudiante, como forma de demostración de su conocimiento en el área examinada. En ese sentido el uso de PE en la evaluación de habilidades clínicas y comunicacionales, resulta un instrumento muy efectivo de acuerdo a diversos estudios realizados (7, 8).

Se suele enmarcar en lo que se conoce como Examen Clínico, Objetivo y Estructurado denominado ECOE (9). El ECOE fue desarrollado en Gran Bretaña y la acumulación de experiencia en su uso a través de los años, ha llevado a la publicación de múltiples revisiones que dan cuenta de su confiabilidad y validez (4).

El ECOE "es un método de evaluación basado en una prueba objetiva, que incluye la observación directa del rendimiento del estudiante durante procedimientos o entrevistas clínicas planificadas, también conocidas como "estaciones" (1).

Las pruebas planteadas a los estudiantes se estructuran en un circuito compuesto por "estaciones". Las estaciones "son las unidades básicas o eslabones de la cadena de evaluaciones que es un ECOE"(10).

En cada "estación", el estudiante se enfrenta a una situación diferente que pone a prueba sus habilidades clínicas y/o comunicacionales y los conocimientos médicos específicos de cada materia. Cada estudiante es expuesto a la misma situación y examinado por el mismo evaluador (es) que aplica criterios estándares prediseñados iguales para todos los estudiantes. Se consigue así un alto grado de objetividad en los resultados obtenidos.

Para completar el examen, los estudiantes rotan a través de la serie de estaciones (rueda de estaciones). Cada estación, dura un tiempo acotado, que puede ser de 7 minutos, en los cuales el estudiante desarrolla tareas clínicas específicas: entrevistas clínicas planificadas en las que interactúan con los PE, utilizándose pautas de cotejo que permiten evaluar tanto las competencias clínicas como las habilidades comunicacionales. Diagnósticos de imagen, interpretación de datos clínicos y/o exámenes paraclínicos, identificación de problemas de salud, juicio sobre la conducta terapéutica a seguir con un enfermo, entre otras (1, 11).

Colocadas las estaciones, una junto a otra, en orden correlativo y terminando la última junto a la primera, podrán realizar el ECOE de manera simultánea un número de examinandos igual al número de estaciones. Si un ECOE consta de 6 estaciones, podrán realizarla 6 estudiantes a la vez, dado que cada uno empieza por una estación distinta y

luego pasa a la siguiente. Al finalizar el circuito, cada estudiante habrá pasado por las 6 estaciones, en el mismo orden pero empezando por una distinta. A una señal acústica, cada participante entra en una estación. Una vez transcurrido el tiempo estipulado, vuelve a darse la señal para que los examinandos abandonen la estación en la que está y pasen a la siguiente. Una vez que todos los participantes hayan pasado por todas las estaciones, la prueba ha finalizado y se está en condiciones de que una nueva tanda de examinandos realice el ECOE (10).

¿Cuáles serían las ventajas de usar PE? (1) (4)

- Evitar la sobrecarga de los pacientes reales.
- Estar disponible en cualquier momento y ambiente (salas de clases, lugares no clínicos).
- Ser adaptables a distintas situaciones y niveles de dificultad.
- Permitir al estudiante perfeccionarse en habilidades clínicas y comunicacionales en situaciones controladas de laboratorio.
- Recibir retroalimentación inmediata por parte del docente, pares y el propio PE del desempeño propio.
- Permitir evaluar a un gran número de estudiantes en situaciones clínicas uniformes para todos.

No obstante lo manifestado, debe quedar claro que el uso de PE no implica la ausencia de experiencias con pacientes reales en la formación médica.

¿Cuáles serían las desventajas de usar PE? (1) (4)

- Le representa un costo económico y administrativo a la facultad.
- Los PE nunca llegan a ser tan reales como los verdaderos pacientes.
- Existen límites para las situaciones clínicas que pueden ser simuladas.
- El estudiante debe tener la capacidad de asumir la situación como real.
- El ser observado puede implicar un monto de estrés considerable para el estudiante.

Conclusiones

- Los PE son personas (actores o no) entrenadas para representar en forma estandarizada, determinadas situaciones o patologías.
- Constituyen un recurso pedagógico, apropiado para la enseñanza o evaluación de estudiantes de medicina, residentes o médicos en general.
- Vienen siendo utilizados, tanto a nivel de pregrado y postgrado, en numerosas escuelas de medicina del mundo.
- Permiten a los estudiantes, aprender y practicar habilidades clínicas y comunicacionales en un ambiente seguro y controlado.
- El uso de PE en los procesos de enseñanza-aprendizaje del estudiante de medicina, no implica la ausencia de experiencias con pacientes reales.
- El uso de PE en las evaluaciones, resulta un instrumento objetivo para estimar las competencias adquiridas durante la formación médica.

EJERCICIO DE AUTORREFLEXIÓN

- ¿Has participado en instancias con PE?
- ¿Cómo te resultó dicha experiencia?
- Dicha experiencia, ¿estuvo vinculada a un proceso de enseñanza-aprendizaje?
- En el caso anteriormente referido, ¿te permitió identificar fortalezas o debilidades en relación a tus destrezas, habilidades, competencias?
- Dicha experiencia, ¿estuvo vinculada a un proceso de evaluación de aprendizajes?
- En caso de haber participado en ECOE, ¿crees que la instancia de evaluación te permitió exponer tus conocimientos en forma adecuada?

Referencias Bibliográficas:

- (1) Palacios, S.M.(2007).
Uso de pacientes estandarizados en educación médica. Rev Educ.
Cienc. Salud 2007; 4 (2): 102-105.
- (2) Cantrell, M y Delloney, L. (2007)
Integración del paciente estándar en la simulación.
Revista de Anestesiología Clínica.USA: 25:377-83.
- (3) Barrows, H.S. (1971).
Simulated Patients. Springfield.IL. USA: C.C. Thomas.
- (4) García, A. (2006).
Evaluación: El Uso De Pacientes Estandarizados En La Educación Médica
En Estados Unidos. Rev. Méd. Rosario. 2006; 72: 106 - 110.
- Wallace, P. (1997)
Followingt the Threads of an innovation: The History of Standarized Patients in
Medical Education. CADUCEUS. Autumn 1997; 13 (2): 5-28.
- (5) Henderson, E., Garcés G.,Vignolo, J. & Schelotto, F. (2009).
Nuevo Plan De Estudios.
Montevideo. Uruguay: Opción Médica. 2009; 1(4): 17-23.
- (6) Townsend A.H., McLivenny S., Miller C.J. & Dunn E.V. (2001).
The use of an objective
structured clinical examination (OSCE) for formative and summative assessment in a
general practice attachment and its relationship to final medical school examination
performance.
Med Educ 2001; 35:
841-846.
- (7) Hodges B., Regehr G., Hanson M. & McNaughton N. (1998).
Validation of an Objctive
Structured Clinical Examination in Psychiatry.
Acad Med 1998; 73: 910-912.
- (8) Harden R M, Stevenson M, Downie W W & Wilson G M. (1975).
Assessment of clinical competence using objective structured examination.
Br Med J 1975; 1: 447-51.
- (9) Romero, S. (2002).
ECOE: Evaluación Clínica Objetiva Estructurada. (III). Montaje y desarrollo de una ECOE.
Sevilla. España. Medicina de Familia (And). Febrero 2002; 3(1): 49-52.
- (10) Salas Perea R. & Ardanza Zulueta P. (1995).
La simulación como método de enseñanza y aprendizaje. La Habana.
Cuba: Rev. Cubana Educ Med Super. 1995; 9 (1-2): 14-23.

Sección 3

Comunicación en grupos

- El trabajo en grupo y el trabajo en equipo en el ámbito de la salud.
- Comunicación equipo - niño - familia.

El trabajo en grupo y el trabajo en equipo en el ámbito de la salud

Dra. María Otero, Psic. María de los Ángeles Dallo, Dra. Ana Laura Hernández y Dra. Natalia Morales.

Trabajar en grupo en el área de la salud es cada vez más relevante y ocupa un lugar de importancia, habiendo quedado atrás los tiempos del trabajo individual y aislado.

La capacidad de trabajar en equipo constituye una competencia que se valora como necesaria en el médico. Por ello los equipos son fundamentales en los procesos asistenciales y son fuente de aprendizajes teóricos y prácticos, compartiendo con la definición de grupo su estilo de organización y de comunicación.

Definición de Grupo

La palabra grupo deriva etimológicamente de las palabras *groupe* y *croupe* (círculo) y del italiano *groppo* (nudo) haciendo referencia a la reunión de un grupo de personas en un nivel de igualdad y a la cohesión entre los individuos que conforman el grupo.

Un grupo está formado por dos o más personas que interactúan entre sí o sea que se comunican (1). Otra definición más coloquial de grupo corresponde a aquel conjunto de personas que se agrupan para realizar una tarea en común.

Según Pichón Riviére " el grupo es un conjunto restringido de personas que, ligadas por constantes de tiempo y espacio, se proponen en forma explícita o implícita, llevar a cabo una tarea que constituye su finalidad, interactuando a través de complejos mecanismos de adjudicación y asunción de roles" (3). Se entiende por rol el conjunto de conductas y actitudes que se esperan de una persona en relación con la función que cumple en un grupo.

Un grupo se puede clasificar según algunas de sus características (4), como por ejemplo:

- Su función (el contexto y su rol).
- Su formación (la constitución de sus miembros, ej: voluntaria o involuntaria).
- Su condición existencial (transitorio o perdurable).

Un grupo se dice que es **Formal** cuando los integrantes se relacionan según las normas y criterios establecidos por una organización (2,4).

Por otro lado un grupo será **Informal** cuando los integrantes se agrupan y se comunican de manera espontánea entre los miembros de la organización y comparten un contacto frecuente (2,4).

Grupo operativo

Un grupo operativo es un grupo centrado en la tarea, esta tarea puede tomar formas muy diversas como por ejemplo reflexionar sobre una situación clínica, adquirir un conocimiento determinado, planificar la atención en salud, entre otros.

Al llevar a cabo la tarea explícita, la que el grupo enuncia como su objetivo, se desplegará la tarea implícita que sería lo no dicho, las emociones, el miedo al cambio, todo lo que suscita la realización de la tarea explícita. Para un adecuado trabajo y proceso de comunicación el grupo deberá entender lo que sucede en el plano de lo implícito para poder concretar la tarea que constituye su objetivo final (3).

La Comunicación en los grupos

La comunicación en los grupos es una herramienta fundamental para su funcionamiento, permite el intercambio de la información necesaria para llevar a cabo la tarea en forma eficiente.

También es un mecanismo para que sus integrantes manifiesten sus frustraciones así como la satisfacción por el logro de los objetivos (3).

La comunicación se realizara de acuerdo a los criterios de organización del grupo pudiendo definirse dos modelos: el autoritario y el participativo (2, 4). Autoritario sería aquel donde un integrante asume todas las decisiones y controla todas las operaciones, existiendo normas que regulan como deben realizarse esas operaciones y como debe fluir la información. Por otro lado, participativo sería aquel donde se busca una mayor descentralización en la toma de decisiones e iniciativas, y existe una apertura a la innovación en cada miembro del grupo. Por lo tanto se intenta que todos los miembros estén implicados tanto en los objetivos como en los planes grupales.

Por lo tanto el tipo de comunicación que se desarrolle en el grupo influirá directamente en el logro de los objetivos y concreción de la tarea del grupo. El tipo de comunicación determinará cómo será la circulación de las ideas y de los afectos para lograr un entendimiento y una vivencia de lo que el grupo experimenta y logra como fin común(4).

Equipos

Katzenbach y Smith (2005) definen un equipo como "un pequeño número de personas con habilidades complementarias, que están comprometidas con un propósito, un conjunto de metas y un enfoque común, por los cuales se hacen mutuamente responsables"(5).

La palabra team (equipo) se utilizó originalmente para denominar a un conjunto de animales de tiro (bueyes, caballos) unidos a un arado, destacando el hecho de que los bueyes tiraban mejor si estaban juntos que separados. La otra acepción de la palabra “equipo” es la que se utiliza para referirse a una máquina en la cual las piezas que la conforman deben funcionar en forma coordinada para cumplir con la función para la cual fue creada. El término pone de manifiesto que los equipos persiguen el logro de metas o resultados e introduce conceptos como eficacia y eficiencia como medida de las metas (5).

Para Leonardo Schvarstein (2004) pasar del grupo al equipo, implica especificar algunos parámetros, como ser: compartir un propósito significativo, con objetivos y metas asociados a dicho propósito, roles adjudicados en base a las habilidades y conocimientos de los miembros, métodos de trabajo adecuados para llevar a cabo las metas y actitud de cooperación. Entendiendo que el resultado se logra por el esfuerzo y compromiso de todos (5).

En este sentido estaríamos de acuerdo en conceptualizar que el **resultado** es algo importante en los equipos, mientras que los **procesos** para lograr determinados resultados es lo más característico en los grupos.

Formas de trabajo en los equipos

En los equipos conformados por profesionales de diferentes disciplinas, existen diferentes formas de trabajo. Los equipos multidisciplinarios son aquellos donde los individuos que pertenecen a determinadas disciplinas se dedican a su área de especialidad sin que haya necesariamente coordinación de esfuerzos con otras disciplinas (7).

Mientras que los equipos interdisciplinarios serán aquellos donde los individuos tienen habilidades y conocimientos diferentes y dependen mutuamente para lograr metas y objetivos comunes. En ellos lo principal es la resolución del problema, con el aporte complementario de todos. Cuando luego de un tiempo de trabajo en común los individuos expertos en sus respectivas disciplinas, logran la creación de un marco conceptual nuevo y común para todas las disciplinas se habla de equipo transdisciplinario (7).

En estos dos últimos modelos de equipos se logra un nivel de Meta comunicación (2), entendiendo por tal la autoobservación y posterior reflexión de la comunicación que se está estableciendo, a los efectos de resolver o aclarar las posibles rupturas que surgen del propio acto comunicativo.

Equipos de salud

De la Revilla (1992) basándose en la definición de equipo de Pritchard (8), define el equipo de salud como un grupo de profesionales sanitarios y no sanitarios que realizan distintas actividades encaminadas al logro de una mejora de la salud de la comunidad sobre la que actúan. Por lo tanto, los servicios de atención en salud que funcionan como equipos propenden a una colaboración entre profesionales de diversas disciplinas. A partir del trabajo conjunto, compartiendo información, conocimientos y

habilidades, desarrollan un trabajo multi o interdisciplinario. Para ello es importante la correcta combinación de profesionales, la adecuada definición de roles y responsabilidades, y una comunicación adecuada y asertiva para lograr los mejores resultados (6).

El trabajo en equipo intenta aumentar la coordinación de las prácticas de cada uno de sus miembros, y así evitar la utilización incorrecta de sus recursos. “El resultado de cada una de las actuaciones de sus integrantes va a repercutir directamente sobre el resultado en conjunto” (6).

“El trabajo en equipo presenta por tanto múltiples ventajas: promueve la diversidad de perspectivas, aumenta la posibilidad de resolver los problemas, evita la duplicidad de esfuerzos, asegura la continuidad de los proyectos y unifica los conceptos, criterios y técnicas. Todo esto supone mayor satisfacción con el trabajo y mejora en el desempeño profesional” (6).

Grupos Balint y Grupos de Reflexión

En 1950 Michel Balint comenzó a trabajar en los llamados «Grupos Balint» en el Instituto Tavistok (UK) luego de observar la importancia que tenían en la consulta y en la relación médico paciente, conceptualizaciones que provenían del psicoanálisis (como transferencia, contratransferencia, neutralidad, etc.) (9). El objetivo del trabajo grupal consistía en analizar aspectos psicosociales del paciente en la consulta médica, y así mejorar la atención llevada adelante por un individuo o por un equipo.

De esta forma se fomentaba la curiosidad, el estudio y la reflexión de la relación entre el médico y su paciente, teniendo sobre el médico una consecuencia directa como por ejemplo poder tolerar la ambigüedad e incertidumbre que la práctica conlleva, así como aumentar la capacidad de comprensión de la situación clínica y de auto observación (10).

Actualmente el desarrollo del trabajo en equipo, la incorporación curricular de los aspectos psicológicos en la relación médico paciente y la enseñanza de habilidades comunicacionales derivaron en la formación de “grupos de reflexión” o “grupos tipo Balint”. Estos son grupos de personas de diferentes áreas o de un equipo concreto de trabajo, que tienen un objetivo y dinámica similar a los grupos balint, pero con una temática más amplia y menor tiempo de duración (11).

Este tipo de trabajo permite a nivel de la enseñanza y práctica médica (11):

- Incluir curricularmente el estudio de aspectos psicológicos y sociales para mejorar la relación entre médicos y pacientes.
- Identificar situaciones psicosociales y poder actuar sobre ellas.
- Profundizar el autoconocimiento del personal de la salud para mejorar su desempeño profesional.
- Favorecer la reflexión sobre los “cuidados del cuidador” previniendo el síndrome de “quemarse en el trabajo” o Burnout.

EJEMPLO

Un ejemplo lo constituyo la instrumentación de grupos "Tipo Balint" en un centro hospitalario.

Se planteo la necesidad de un espacio grupal para sus trabajadores con metodología de Grupos de Reflexión .

El objetivo de dichos encuentros fue promover un espacio de contención y reflexión acerca del ejercicio del rol profesional y el impacto de las vivencias de enfermedad. Se evaluaron situaciones clínicas concretas, se reflexionó sobre la dinámica grupal y se fomentó la autoobservación para mejorar la práctica clínica y la adecuada articulación entre la vida personal y profesional de los participantes.

El grupo tuvo una tarea explícita a resolver y una implícita. La tarea explícita según lo dicho por sus miembros era "descargar sus emociones, relajarse del estrés de su tarea cotidiana". Y a lo largo del proceso se pudieron ver componentes de la tarea implícita: el proceso reflexivo que provocó en sus miembros.

Fue un proceso de comunicación grupal de tipo participativo, que fomentó el esclarecimiento y la elaboración de situaciones vividas en el rol como profesionales de la salud.

EJERCICIO

- 1 - Describe dos ejemplos diferentes de tu experiencia cotidiana como estudiante, en un grupo de trabajo. Evalúa la calidad de la comunicación establecida para el logro de un objetivo.
- 2 - Reflexiona si estos ejemplos conformaron un "grupo operativo" y argumenta tanto en caso positivo como negativo.

Referencias Bibliográficas:

- (1) Anzieu, D. & Jacques-Yves, M. (1992). La Dinámica de los Grupos Pequeños. Bs As. Argentina: Ed. Kapelus.
- (2) Van-der Hofstadt, C. J. (1999) Habilidades de comunicación aplicadas; Guía para la mejora de las habilidades de comunicación personal. Valencia. España: Promolibro.
- (2) Riviere, P: (1987). El Proceso Grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social. Bs. As. Argentina: Impresiones Sud América.
- (3) Vanoye, F. (1976). Travailler en groupe. Paris, Francia: Hatier.
- (4) Katzenbach, J.R.& Smith, D.K. (1993). La disciplina de los equipos. Harvard Business Review. Vol. 71, N° 2: 111-120.
- (5) Schvarstein, L. (2004). La relación dialéctica grupo equipo en la gestión de los equipos de trabajo. En Varios autores (2004) Psicología y organización del trabajo V. Facultad de Psicología. Montevideo. Uruguay: Editorial Narciso- Psicolibros.
- (6) Zurro, A.M. & Jodar Solá, G. (2011) Atención Familiar y Salud Comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes. Barcelona. España: Elsevier.
- (7) Van-der Hofstadt, C. J. (1999). Habilidades de comunicación aplicadas. Guía para la mejora de las habilidades de comunicación personal. Valencia. España: Promolibro.
- (8) De la Revilla, L.(1992). La consulta del médico de familia: la organización en lab práctica diaria. Madrid. España: Editorial Jarpyo.
- (9) Balint M.(1961). El médico, el paciente y la enfermedad. Bs. As. Argentina: Editorial Libros Básicos.
- (10) Tizón, J.L. (2005). Sobre los Grupos Balint, el movimiento Balint y el cuidado de la relación médico paciente. Aten Primaria. 2005; 36 (8): 453-5.
- (11) Crespo A, Zabalegui M, Ayarra M, Fuertes C, Loayssa J & Pascual P. (2009). El grupo de reflexión como una herramienta para mejorar la satisfacción y desarrollar la capacidad introspectiva de los profesionales sanitarios : Aten Primaria. 2009;41(12):688-694.

COMUNICACIÓN EQUIPO – NIÑO – FAMILIA

Lic. Psic. María de los Ángeles Dallo y Gissella Romero

El objetivo de este capítulo es transmitir la complejidad que implica la comunicación dentro del equipo de salud, así como también la comunicación del equipo con el niño y su familia.

Al referirnos a la comunicación que se dará entre un niño y su familia con el equipo de salud que lo atiende, es conveniente reflexionar sobre el desarrollo integral del niño y el vínculo con sus padres/cuidadores abordado desde un enfoque interdisciplinario.

Cuando hablamos de equipo de salud nos referimos a un grupo interdisciplinario y profesional que conoce la situación vital del niño y su entorno. Habrá variaciones tanto en la intervención como en el abordaje, si se trata de una consulta de control, de un accidente, de un episodio agudo o de una patología orgánica crónica. Pero lo fundamental y común a todos los casos es conocer el pensamiento del niño y la vulnerabilidad en la que se pueden encontrar tanto él como su familia.

En cuánto al equipo, es imprescindible respetar el punto de vista del otro, así como también sus expresiones emocionales. Considerar la calidad de los aportes con el fin de que agreguen valor al conocimiento del paciente, corroborando datos que nos confirmen haber captado sus necesidades.

Para lograr una buena comunicación y un buen entendimiento con la familia es fundamental que el profesional de salud se interese por saber como está constituida la familia, las edades de sus integrantes, las reglas y normas que allí rigen, para así introducirse en el entramado comunicacional.

La atención en sentido longitudinal de la historia familiar, facilitará el entendimiento de las vicisitudes por las que atraviesan sus miembros. La etapa en la que como familia se encuentran, los diferentes lugares que ocupan, las crisis evolutivas que enfrentan, los retos emocionales y potenciales que deberán enfrentar.

En cuanto a la comunicación estrictamente con el niño, es necesario tener en cuenta que las características de pensamiento, así como la forma de decodificar el mundo durante la etapa de la niñez tiene sus particularidades.

¿Por qué informar al niño?

En primer lugar porque es un derecho del niño el estar informado acerca de los procedimientos médicos y su opinión debe ser tenida en cuenta en la medida de lo posible. Por ejemplo, si lo van a vacunar es importante adelantarle cómo será el procedimiento evitando restarle importancia a la situación y sobre todo evitando el engaño de “no va a doler nada”. Se le puede plantear al niño que dolerá a un nivel tolerable para él, por ejemplo decirle: “duele un poco, pero en seguida pasa”.

Encontramos con frecuencia el deseo de ocultar información al niño, ya sea por parte del equipo o su familia, en un afán de evitar dolor emocional, o en un intento de protección.

Puede suceder que ante una enfermedad y al recibir las señales corporales, el niño perciba que algo anda mal y pregunte simplemente para saber en quién puede confiar.

Para brindar información y establecer una relación de confianza, es imprescindible escucharlo y comprenderlo, teniendo presente las características de la etapa de desarrollo que atraviesa.

Una estrategia que favorece el establecimiento del vínculo con el niño es interesarse por su vida cotidiana. Preguntas facilitadoras pueden ser: ¿cuál es tu juego preferido? ¿tenés amigos? ¿en qué año estás en la escuela?. Mediante esta estrategia comunicacional el niño capta el interés del médico por su persona y al médico le facilita su tarea posterior a la hora de realizar el examen físico. Esta etapa previa de establecimiento del vínculo lo prepara al niño al momento de exponerse al ser examinado.

Cuando un niño no recibe la información adecuada en cuanto a los procedimientos que le serán realizados se pone en juego la confianza hacia sus adultos referentes (padres, médicos, etc). Al verse alterada esa confianza básica el procedimiento puede resultar un evento traumático para el niño, perdiendo la confianza en sus referentes de ahí en más.

Así mismo hay que saber que si un niño no pregunta igualmente se le debe dar la oportunidad de acceder a la información. Pero si se niega a recibirla jamás hay que forzarlo a escuchar algo que él no quiere ni puede manejar en ese momento (Levetown, 2008) Hay que recordar que el niño, debido a las características de su pensamiento, llenar los vacíos de información con producciones propias (fantasías) en el intento de encontrarle un sentido a lo que está viviendo.

Para que el paciente pediátrico pueda entender qué sucede y por lo tanto llegar a colaborar debe tener información al respecto de lo que está ocurriendo. El saber la verdad no vuelve al niño más ansioso, en realidad le devuelve el control mental de la situación en el sentido de que sabe a qué atenerse.

Estrategias de comunicación equipo - niño

De acuerdo a lo dicho anteriormente, informar a un niño requiere habilidades basadas en el conocimiento de cómo el niño ve el mundo, de cómo piensa y procesa la información.

Es responsabilidad del equipo reducir el impacto de dicha información y hacerlo de tal forma que implique el menor costo emocional posible; así como lograr que se sienta copartícipe de su atención en salud.

Para lograrlo, uno de los primeros pasos es recordar la importancia del encuadre, es decir, elegir un momento en el que se disponga de tiempo, de un lugar que garantice la privacidad, lo más confortable posible, sin interrupciones (celular, gente que entre, etc).

Como ya se mencionó es importante tener en cuenta las características del pensamiento del niño. Un niño hasta aproximadamente los 9 años presenta pensamiento concreto, mágico y egocentrista. Por ejemplo, si deseó dañar a su hermano y este se enferma se sentirá culpable por lo que él deseó, en la creencia de que su deseo provocó la enfermedad. El pensamiento egocentrista es justamente sentirse él como centro del mundo. Lo egocentrista y lo mágico se relacionan en el sentido de que es muy grande el poder que siente que tiene.

Debido a lo concreto del pensamiento la información debe ser dada con palabras claras y precisas ya que el niño no puede abstraer. La comunicación debe ser breve y darle la oportunidad de preguntar. El pensamiento mágico se refiere a que le adjudica a sus pensamientos y deseos el poder de la concreción en la realidad.

Por lo que siempre hay que indagar si se siente culpable por algo y desculpabilizarlo para aliviarlo emocionalmente. La información clara y discriminada de sus fantasías (de lo que él piensa e imagina) lo ayudará enormemente.

El niño también tiene una concepción del tiempo diferente a la del adulto. Hablarle de días, semanas o meses no lo ayuda a ubicarse. Por el contrario, hay que utilizar un lenguaje concreto para que la comunicación sea efectiva como mostrarle un almanaque y recurrir a fechas o períodos conocidos por él.

Cuando entrevistamos a un niño es importante ponerse a su altura visual. Esa actitud corporal le transmitirá nuestro interés comprometido con lo que le sucede. La utilización de dibujos o fotos es una herramienta privilegiada para comunicarse con el niño, conocer sus deseos, emociones e ideas a través de las cuales podremos entender lo que le pasa.

Ante la necesidad de explicarle una patología o algún procedimiento, también podemos apelar a recursos como el dibujo.

La comunicación con un niño, obliga a un esfuerzo mental mayor para el adulto, que la comunicación con otro adulto, porque debe meterse en el mundo del niño y “adivinar” lo que puede estar sintiendo, pensando e imaginando. De esta manera la mente del pediatra compensa la capacidad de abstracción que el niño no adquirió, tal como hace la madre durante el proceso de apego.

Estrategias de comunicación equipo - familia

El equipo ante la situación de consulta debe comunicarse también con la familia.

Teniendo en cuenta este escenario se necesita desarrollar habilidades y estrategias comunicacionales específicas.

Para ello realizaremos una puesta a punto de algunas conceptualizaciones importantes a considerar:

La familia es considerada como la primera fuente de estímulo para los niños. Sus funciones específicas son: dar afecto, protección y seguridad en el cuidado y la educación de sus hijos. Es el espacio donde los niños pasan de la dependencia infantil a la independencia y vida adulta. Para facilitar esto, la familia crea el ámbito de contención, ayudándolo a aprender a cuidarse, tener confianza en sí mismo, ser capaz de tomar decisiones y de aceptar o rechazar influencias ajenas.

“La atención longitudinal se facilita cuando el médico conoce que la familia tiene una historia natural que la hace caminar por sucesivas etapas, durante las cuales sus miembros experimentan cambios y adoptan comportamientos que, de alguna manera, son previsible” (Prados Quel, 2007: pág. 46).

Lo antes señalado nos conduce a entender la necesaria variación en la atención de las familias, de acuerdo a la secuencia de estadios por los que atraviesa desde su establecimiento hasta su disolución. Autores como Carter y McGoldrick (1989) dieron a dicha secuencia el nombre de ciclo vital familiar (CVF), en él se incluye la constitución de la pareja, el nacimiento y crianza de los hijos, familia con hijos en edad escolar, familia con hijos adolescentes, casamiento y salida de los hijos del hogar, pareja en edad madura, ancianidad. El ciclo vital familiar está inmerso en la cultura y costumbres a la que pertenece la familia.

La estructura familiar no es algo aparente a simple vista, por lo que se manifiesta a través de los procesos. Dichos procesos se captan en la interacción familiar, estos se visualizan en los roles, normas y en las interacciones comunicacionales.

Los roles son una conducta específica que establece la jerarquía de funciones, jerarquía necesaria para que la familia funcione adecuadamente y que responde a las responsabilidades de sus integrantes. Es importante conocer la percepción que cada persona tiene del rol que está cumpliendo.

Las normas o reglas son lo que se debe hacer o no. Refuerzan la estructura familiar y el sistema se mantiene en sí mismo; expresan valores familiares, se imponen para garantizar que se viva a la altura de la expectativa de roles dentro de la familia.

Como vemos, la comunicación del equipo de salud con la familia, tendrá sus particularidades y complejidades de acuerdo a la familia con la que nos encontremos.

Respetar la privacidad y establecer un vínculo de confianza e interés, favorece la reflexión y participación en situaciones que involucran el cuidado de la salud de sus miembros. Se puede hablar con el niño y los padres en forma conjunta y también es recomendable hablar con el niño y los padres por separado. De esa manera padres y niño se sienten más libres de plantear dudas o de expresar emociones.

Es fundamental también pensar en toda la familia incluyendo a los hermanos del niño

si estamos hablando de un niño con una patología. Preguntar qué información tienen los hermanos al respecto y promover que siempre se les diga la verdad.

En relación a esto cabe destacar la existencia en el plano jurídico del Principio de autonomía progresiva. Este principio alude a la capacidad de los niños y adolescentes de ejercer sus derechos y asumir responsabilidades de acuerdo a su edad. Esto implica que los niños y los adolescentes adquieren autonomía personal en la medida que sus capacidades de entendimiento y discernimiento van aumentando. Por lo tanto, esta creciente autonomía es mayor en la adolescencia que en las primeras etapas de la niñez.

También la legislación garantiza el derecho a la confidencialidad en la consulta médica en el Artículo 11 del Capítulo 3 de los Derechos de usuarios y pacientes de la Ley N° 18.335: "Todo niño, niña o adolescente tiene derecho al acceso a los servicios de salud, incluyendo los referidos a la salud sexual y reproductiva. Los profesionales de la salud actuantes deberán respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecerles las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda.

Los adolescentes a quienes, de acuerdo al principio de autonomía progresiva, los profesionales de la salud consideren suficientemente maduros para recibir atención fuera de la presencia de los padres, tutores u otros responsables, tienen derecho a la intimidad y pueden solicitar servicios confidenciales e incluso tratamiento confidencial.

En ningún caso los servicios de salud podrán negar la inmediata atención a los niños, niñas o adolescentes que la soliciten alegando la ausencia de los padres, tutores u otros responsables, a los que se procurará contactar a los efectos de poner la situación en su conocimiento, a menos que se trate de casos en que la consulta del adolescente sea confidencial. Ante la imposibilidad de lograr el contacto y la presencia de los padres, tutores o responsables si ella fuera necesaria, el servicio de salud pondrá la situación en conocimiento del Instituto Nacional del Niño y Adolescente del Uruguay."

A tener en cuenta

Hay tres elementos a tener en cuenta en la comunicación equipo-niño-padres:

1- La cantidad y calidad de la información dada por el médico.

2- La sensibilidad interpersonal, las conductas afectivas que reflejan la atención y el interés del médico por los sentimientos y preocupaciones del niño y sus padres.

3- La invitación a construir en común, en qué medida el médico invita al niño y a los padres a expresar sus preocupaciones, opiniones y sugerencias durante la entrevista.

¿Cómo se siguen estos pasos?

Si tomamos como ejemplo una consulta pediátrica en policlínica una posible secuencia sería:

Al principio el médico debe evaluar quién va a ser su interlocutor. Puede ser el adulto y el niño, si el mismo tiene capacidad de comprensión, o puede ser el adulto en el caso de un lactante o niño pequeño.

Una vez que se presentaron y se saludaron, el médico indagará la razón de la consulta. Desde el inicio tratará de crear un vínculo con el niño con las preguntas facilitadoras antes mencionadas. Pero también incluyendo al niño en la entrevista no solo mediante la palabra sino también con la mirada.

Es común observar que un médico se dirige solo al adulto cuando el niño ya está en capacidad de responder. Con esa actitud el niño queda como testigo y no como partícipe de la entrevista. También se puede dar que el médico le hable al niño y el adulto conteste, eso resulta significativo en cuanto a la relación niño- familia y el profesional debería con amabilidad pedirle la palabra al niño. Incluir al niño como partícipe demuestra una conducta afectiva en el sentido de que el médico manifiesta interés por lo que opina y siente el niño.

Mientras dialoga con el niño y su familia quedará claro qué y cuanta información necesitan acerca de la consulta. Esto el médico lo puede preguntar simplemente ¿qué dudas tienen?, ¿algo más que deseen saber?

Es muy importante que al momento del examen físico el profesional le explique al niño lo que va a hacer. Esto le permite al niño prepararse y de alguna forma tener el control mental de la situación. Aparte obviamente de generarle confianza en ese vínculo.

En el caso de niños pequeños deberá realizar el examen dejando al niño en brazos de su madre o padre.

Finalmente, hará una puesta en común, de lo hecho en esa consulta, para cerrar la entrevista invitando a plantear opiniones, dudas o sugerencias. Según la Academia Americana de Pediatría (Levetown, 2008), hay una necesidad de aprender a comunicarse de una mejor forma por parte de los médicos, usando una técnica de entrevista narrativa permitiendo que el niño cuente su historia.

EJERCICIO PRÁCTICO

Te invitamos a reflexionar sobre los casos clínicos que se exponen a continuación, y responder las preguntas finales.

Caso clínico:

En una consulta para control pediátrico, concurren la madre y sus dos hijos de 10 y 5 años. Cuando el pediatra le hace preguntas al niño de 10 años la madre responde por él.

La niña de 5 años comienza a molestar a su hermano sacándole un álbum de figuritas. El niño comienza a ponerse inquieto y trata de sacar a su hermana del medio mientras la madre responde un mensaje de texto argumentando que es importante.

Luego la madre relata las situaciones que se han dado en cuanto a la salud de la niña, en estudio por probable enfermedad celíaca. También las dificultades respiratorias de su hijo en el último mes, a causa de suspender el tratamiento preventivo para los ataques de asma. Su lenguaje no verbal refleja inquietud y desasosiego.

¿En que momento debería intervenir el médico?

- A-** ¿Cuando la madre responde por el niño?
- B-** ¿Cuando la niña molesta a su hermano?
- C-** ¿Cuando el niño se pone nervioso?
- D-** Nunca.

En caso de responder afirmativamente ¿qué debería hacer el pediatra ante cada situación? En el caso de responder nunca, justifique su respuesta.

Si el pediatra capta el lenguaje no verbal de la madre ¿cómo podría intervenir?

Referencias Bibliográficas:

Aylwin de Barros, N. (1984).
Diagnóstico Familiar en Trabajo Social.
Montevideo. Uruguay: Seminario, COYC y Equipos Consultores.

Baraibar, R. (1996).
Enfoques de Pediatría. Aspectos psicosociales.
Montevideo. Uruguay: Oficina del Libro AEM. (3): 25-3.

Carter, B. & McGoldrick, M. (1989).
The changing family life cycle. A framework for family therapy.
New York. USA: Allyn and Bacon.

Dallo, M.A. (2013).
Ficha Aspectos Psicosociales.
Montevideo: Plataforma Moodle.
Facultad de Medicina. UdelaR.

Estremero, J & Garcia Bianchi, X. (2003).
Familia y Ciclo Vital.
Buenos Aires. Argentina.

En Programa de Salud Mental.
Unidad Medicina Familiar y Preventiva.
Hospital Italiano: Fundación MF.

Guía: Los derechos de niños, niñas y adolescentes en el área de salud.
Ley N° 18.335. Decreto N° 274/010.

Levetown, M. & the Committee on Bioethics. (2008).
Communicating with children and families: from everyday interactions to skill in conveying distressing information.
USA: Pediatrics 121(5) May, 2008: 441-460.

Ministerio de Salud Pública, Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, Sociedad Uruguaya de Pediatría, Guía: Los derechos de niños, niñas y adolescentes en el área de salud. (Noviembre 2012)

Muñoz Cobos, F., Espinosa, J.M, Portillo, J. & Rodríguez González, G. (2002).
La familia en la enfermedad terminal. Artículo de revisión.
Malaga. España: Medicina de familia (And). Nov, 2002; 3 (4): 262-269.

Prados Quel, M.A. (2007).
El espiral del ciclo vital familiar. (Tema 5): FMC- Formación Médica Continua en Atención Primaria.
Volumen 14, Suplemento 5: 46-59.

Sección 4

Comunicación comunitaria en salud

- Comunicación con la comunidad

Comunicación con la comunidad

Lic. Psic. Martín Merlo

En este artículo procuraremos brindar herramientas para lograr una mejor comunicación con la comunidad.

Conceptos para pensar la comunicación comunitaria en salud

Si bien la relación entre comunicación y comunidad se ve desde su origen etimológico, ya que ambas provienen de la palabra latina *communis*¹, esto no implica que comunicarse con la comunidad sea fácil. Por lo tanto, empezaremos aclarando algunos conceptos.

¿Qué se entiende cuando decimos comunidad?

Comunidad, del latín *communitas*, hace referencia a un grupo de seres humanos que comparten elementos en común, como el idioma, costumbres, ubicación geográfica o valores. De acuerdo a los trabajos de la Antropología Cultural (1), podemos afirmar que cada comunidad posee una concepción teórica que articula la práctica diaria, brindando sentido y valor a las acciones, los pensamientos y sentimientos de los integrantes de tal comunidad (Todorov, 2008).

La comunidad une a sus miembros entre sí gracias a lo que algunos investigadores llaman sentimiento de comunidad: la percepción de una similitud con el otro, la sensación de formar parte de un todo y la existencia de una fe compartida (McMillan y Chavis, 1986).

Dentro de una comunidad se crea una identidad común, mediante la diferenciación de otros grupos o comunidades, un "nosotros" que existe en tanto no somos los otros. Esto tiene relevancia en la práctica médica, ya que cuando el médico o el estudiante de medicina, se inserta en una comunidad puede pertenecer a esos "otros" que no comparten los valores de la comunidad. Conocer esto se vuelve fundamental a fin de poder entablar una relación que permita la comunicación, evitando los malos entendidos que surgen en ocasiones cuando, desde "afuera", se diagnóstica una necesidad en una comunidad, sin mayor contacto con la misma.

1. Significa común, mutuo, participado entre varios.

2. En especial la introducción de las sulfamidas y la vacunación en las primeras décadas del siglo XX.

La comunidad recibe mensajes constantemente de las instituciones ya sean educativas, de salud, sociales o gubernamentales. Es así que tanto lo edilicio como las carteleras de una policlínica contienen mensajes que se envían a la comunidad. El receptor de tal comunicación, nunca es pasivo, al contrario, es un actor activo que brinda sentido a la información recibida.

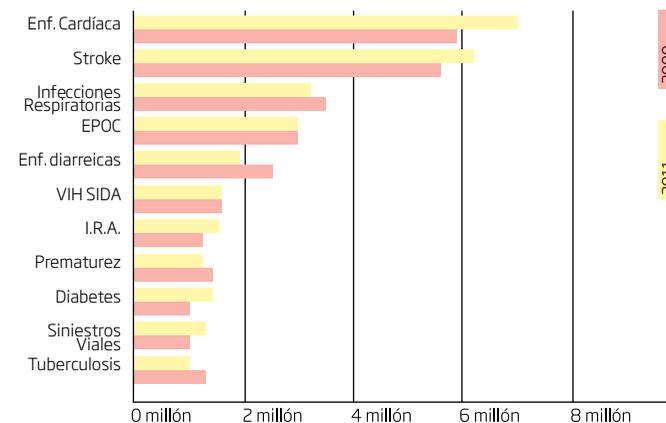
Este proceso de asignación de sentido se apoya en la forma en que el sujeto entiende y actúa en el mundo. El conocimiento de tales juegos de asignación de sentido, así como el análisis de la situación comunicacional de la comunidad, se vuelven herramientas primordiales, sobre las que volveremos más adelante en este artículo.

Tomaremos la definición de la OMS (2), que entiende la comunicación en salud como el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud. Por lo tanto es posible contribuir en todos los aspectos de la promoción de salud, la prevención de la enfermedad, incluyendo la construcción de mensajes y campañas de salud pública o comunicación preventiva. La Carta de Ottawa marcó cinco estrategias principales apuntando a instalar de forma efectiva las políticas de promoción de la salud: la creación de una política pública saludable; la creación de entornos que apoyen la salud; el desarrollo de habilidades personales; la reorientación de los servicios sanitarios hacia la promoción de la salud; y el fortalecimiento de la acción comunitaria (OMS, 1986).

Importancia del tema

Desde mediados del siglo pasado, el desarrollo de la ciencia médica ha llevado a un cambio en el perfil epidemiológico a nivel mundial, por la introducción de nuevos recursos terapéuticos². Esto trajo aparejado un cambio en la frecuencia, magnitud y distribución de la morbilidad y mortalidad de la población. En particular deben destacarse; la prevalencia de las enfermedades no transmisibles, el desplazamiento de la mortalidad de los grupos de menor edad a los de mayor edad y el predominio de la morbilidad y la discapacidad por sobre la mortalidad.

Causas de muerte 2000 - 2011



Como lo muestra este gráfico de la OMS acerca de las principales causas de muerte, en un período de apenas once años es posible apreciar como las enfermedades infecciosas reducen su incidencia en las defunciones a nivel mundial, en tanto las enfermedades no transmisibles aumentan.

En Uruguay, en el año 1955, ya se alertaba acerca del hecho que el nuevo perfil epidemiológico, en el que prevalecían las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (3, encontraba al país sin "(...) una organización de acciones sanitarias destinadas a la prevención [de estas enfermedades] (...) de muy difícil prevención"(Mieres Gómez, 1997).

Actualmente este panorama se ha acentuado, con la prevalencia de las enfermedades cardíacas, el cáncer, los siniestros viales y el suicidio como principales causas de mortalidad en Uruguay. En la siguiente tabla es posible ver la disminución de las enfermedades infecciosas y el aumento de las enfermedades previsibles en Uruguay en un siglo.

Principales causas de muerte (tasa por 100.000 habitantes)

Año	Aparato Circulatorio	Cáncer	Tisis Pulmonar	Accidentes
1900	145,18	54,11	100,25	64,06
1910	144,60	69,25	109,18	55,82
1920	120,01	68,63	131,31	51,77
1930	140,64	77,09	118,00	58,33
1940	178,80	66,10	94,66	44,93
1950	221,34	151,08	58,48	44,93
1960	296,83	180,87	15,60	53,98
1970	3671,11	199,26	5,80	57,19
1980	416,85	203,87	3,91	68,10
1990	377,10	221,96	2,03	46,85
2000	308,39	226,60	1,72	36,72

Fuente: Ministerio de Salud Pública (MSP)
<http://www.ine.gub.uy/socio-demograficos/salud2008.asp>

Este cambio en el perfil epidemiológico a nivel mundial fundamentó el creciente énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Como señalábamos antes, esto ha llevado a la Organización Mundial de la Salud a reconocer que la comunicación es un elemento necesario a fin de mejorar la salud pública, tanto individual como colectiva. Esto fundamenta y remarca la importancia de la comunicación comunitaria como herramienta privilegiada para lograr llevar adelante intervenciones que modifiquen tal situación. Como bien lo señala la OMS en sus orientaciones estratégicas de 1995-1998.

"El uso de la información como instrumento del cambio debe ser una esfera de trabajo importante. La transmisión de información a individuos y a grupos mediante la comunicación social creará el conocimiento que servirá de base para lograr los cambios de actitudes y prácticas."

Herramientas

Para poder pensar la situación de la comunicación comunitaria de salud de manera más completa, encontramos útil el planteo de Gabriel Kaplún (4) quien propone un análisis multidimensional, a fin de evitar el reduccionismo inherente, en ciertas ocasiones, al intento de aprehender la realidad.

Al acercarnos a una comunidad debemos considerar las necesidades y los satisfactores que están presentes en la misma, para esto, Kaplún, siguiendo a Max-Neef^{III}, empieza marcando la diferencia entre ellos. Las necesidades humanas fundamentales son básicas para el desarrollo de la vida humana, a saber: Subsistencia, Protección, Afecto, Entendimiento, Participación, Ocio, Creación, Identidad y Libertad.

Las necesidades humanas fundamentales son las mismas en todas las culturas y en todos los períodos históricos. Lo que cambia a través del tiempo y de las culturas son los medios utilizados para la satisfacción de tales necesidades. Los satisfactores son aquellos modos en los que cada sociedad brinda respuesta a tales necesidades. Kaplún retoma este planteo y propone que las necesidades tienen que ver con diferentes dimensiones de la existencia:

- Las que tienen que ver propiamente con el ser.
- Con el tener.
- Con el estar.
- Con el hacer.

A modo de ejemplo, la necesidad de ser saludable, implica la necesidad de tener alimento, de estar en un entorno adecuado y hacer una alimentación balanceada.

Enfocándose en la comunicación, plantea las 4 dimensiones en los siguientes términos:

- SER** receptivos, abiertos, asertivos, empáticos.
- TENER** medios, materiales, canales de comunicación.
- ESTAR** en los espacios formales e informales de comunicación.
- HACER** escuchar, dialogar, intercambiar.

A partir de esto es posible desarrollar programas de intervención que adecuen los medios de los técnicos a las necesidades de los usuarios. Permite ver que los problemas de comunicación no tienen tanto que ver con lo material, sino sobre todo con la idea que se desea transmitir.

III. Manfred Max Neef, economista chileno conocido por sus conceptos de "economía descalza" y "desarrollo a escala humana".

Pongamos un ejemplo para comprender esto:

Como equipo de salud inserto en una comunidad, surge una demanda para trabajar con la temática de embarazo adolescente

Para eso es necesario:

- Relevar información.
- Conocer a la comunidad y como se comunica.
- Identificar los actores clave, las personas que encarnan esa comunidad.
- Conocer la historia.
- Los problemas que la movilizan.
- Los lenguajes y códigos con que se expresa.
- Los espacios que ocupa.

El equipo de salud inserto en la comunidad es un actor, y así como la comunidad está atravesada por múltiples aspectos, así también lo estará el equipo.

La visión que la comunidad tenga del equipo es de relevancia fundamental para el desarrollo del trabajo.

Dentro de la comunidad podemos encontrar diversos actores sociales: los adolescentes, las madres, las personas de la tercera edad; así como actores sociales organizados: la escuela, el club, el municipio. Cada uno de ellos tiene sus objetivos, su historia, su razón de ser, así como problemas que lo movilizan y que debemos conocer en caso de querer actuar sobre esa demanda.

Conocer la demanda es conocer a la comunidad. Por lo tanto solo la propia comunidad puede brindar la información relevante y construir la demanda, en caso contrario es alto el riesgo de imponer una problemática que no es tal para dicha comunidad. Entonces, cómo recoger información de la comunidad?. En lo referente a la recopilación de información, una estrategia puede ser implicar a la propia comunidad en tal acción.

Por ejemplo, pensemos en el tema de salud sexual con adolescentes. Brindar talleres acerca del tema en centro educativos puede ser un primer paso. Conseguir que grupos de adolescentes realicen encuestas a sus pares puede ser un modo de lograr multiplicar el efecto de los talleres, a la vez que genera la implicación de más jóvenes en la temática.

Además de lo cual, la información recogida generará insumos para nuevos talleres, afiches o la campaña que se adecue más a las necesidades y posibilidades de tal intervención.

Para actuar también es necesario conocer el lenguaje y los códigos que la comunidad maneja para que aquello que queremos transmitir sea correctamente interpretado por el otro. Sobre esto es bueno recordar que de nada vale un mensaje, más allá de su veracidad, si no es entendido por el otro.

A modo de en suma, tomamos este resumen de Costa y López:

- Presentar el mensaje de forma inteligible, evitando el lenguaje técnico.
- Ilustrar la información con ejemplos cercanos a la gente a la cual se dirigen los mensajes.
- Comprobar si los mensajes son entendidos a través de preguntas.
- Garantizar que el mensaje responda a necesidades sentidas por el aquel a quien se dirige.
- Usar palabras y frases cortas.
- Utilizar categorías explícitas y claras.
- Dar normas específicas y concretas de cómo llevar a cabo las conductas de salud.
- Mostrar una actitud amistosa y cercana.
- Utilizar métodos educativos bidireccionales, que enfatizan el carácter de diálogo y acuerdo.

Por supuesto que si el mensaje no llega al otro, de poco valdrá su adecuación al lenguaje utilizado por la comunidad. Para minimizar la ocurrencia de esto es una buena estrategia el utilizar la mayor cantidad de medios de comunicación posibles (oral, visual, sonoro, escrito) teniendo en cuenta cual usan con mayor facilidad. Una vez cumplido este paso, es factible realizar materiales que se adecuen a las necesidades y medios utilizados, lo cual redundará en su impacto en la comunidad. No hay que olvidar que en ciertos temas, es posible utilizar el material que distintas instituciones ya han generado, por ejemplo el Ministerio de Salud Pública, las distintas Facultades de la Universidad de la República, las Sociedades de especialidades médicas (Pediatria, Ginecología, etc.), las organizaciones de personas afectadas por una enfermedad en particular y o sus familiares y los organismos internacionales (OMS, OPS).

En otro aspecto es necesario conocer los espacios que ocupa la comunidad, y a partir de eso reconocer la existencia de espacios de circulación, de concentración y de reunión.

Los de circulación, son lugares de alto tránsito (calles, pasillos) y por lo tanto va a ser más adecuado utilizar medios que generen gran impacto (cartelería con imágenes, materiales sonoros cortos).

Los de concentración son aquellos donde la gente se aglomera, por ejemplo, la cola del banco, la parada del ómnibus. En estos espacios van a ser mejor aprovechados los medios que brinden información (folletería, periódicos, locuciones).

Los lugares de reunión son donde se congregan grupos grandes organizados, como el club, la iglesia o el salón comunal. En estos espacios los medios que permiten la reflexión son los más adecuados. Por ejemplo, un librito, que presente el tema en cuestión, de manera amena.

Diseñando un plan de comunicación

Para realizar acciones comunicacionales, es necesario una planificación previa. Como primer paso, es preciso definir el tema a comunicar. Por ejemplo, si el objetivo es realizar un programa vinculado a la maternidad; deberá incluir los programas anteriores que se hayan llevado adelante, la información que circula en la comunidad, la información que se quiere transmitir. Una vez logrado esto, debemos definir con quien queremos comunicarnos: el público objetivo.

Segmentar un grupo implica que nuestro mensaje se adecue a los códigos e intereses de tal grupo, aumentando la eficiencia del mensaje.

En el caso que ejemplificamos más arriba, nos decidiríamos por mujeres embarazadas que sean jóvenes, a fin de hacer el mensaje más pertinente a sus necesidades de pautas de crianza adecuadas, o sobre relación madre-bebe o sobre lactancia materna. Ahora bien, una vez llegados aquí, hay que pensar en que necesita ese grupo en particular y que piensan ellas sobre el tema, ya que como dijimos antes, existe una idea de pautas de crianza en esa comunidad. Para seguir con el ejemplo, podemos pensar que en tal comunidad se utiliza como remedio casero para los cólicos en los bebés, el te de anís estrellado. Esta es una receta que se ha transmitido a lo largo de las generaciones, pero actualmente se sabe de la neurotoxicidad del anís, la cual aumenta la probabilidad de sufrir convulsiones. Aquí la valoración del anís como remedio efectivo quizás venga dado por la palabra de una abuela, en tanto la toxicidad es respaldada por un estudio científico publicado en una revista. Conocer esa comunidad, y a las personas que la conforman nos permitirá transmitir la información de manera que tenga la validez que permita su aceptación.

Una vez llegados aquí, se recomienda la estructuración de tres ejes que articulen el proceso de producción y comunicación. Estos tres ejes son, siguiendo la línea de trabajo de Kaplún; el eje conceptual, el pedagógico y el comunicativo.

El eje conceptual es el que responde a la pregunta general **“de qué vamos a hablar”**; el pedagógico responde al **“para qué?”** y el comunicativo responde al **“cómo lo hacemos”**. Entre estos ejes debe darse un equilibrio dinámico; el eje conceptual, que no debe reducirse a una mera exposición lógica de argumentos; el eje comunicacional, que puede llevar a plantear nuevas ideas y el eje pedagógico que articula los otros dos, ya que comunica nuestros objetivos. Pongamos como ejemplo que para trabajar la temática de pautas de crianza con madres adolescentes, optamos por realizar un taller. Entonces, según lo que venimos puntualizando, toda actividad requiere una planificación. A modo de ejemplo les proponemos las siguientes preguntas, cuya

respuesta brindaran un esqueleto a tal planificación. Primero que nada tenemos que pensar: ¿para qué vamos a hacer el taller? ¿qué temas vamos a trabajar? ¿Cómo vamos a hacer para que en el taller todos puedan y quieran participar? ¿Qué actividades proponemos? ¿Qué recursos vamos a utilizar?

A modo de conclusión

Las innovaciones técnicas de la Medicina han generado un cambio en el perfil epidemiológico a nivel global. Eso repercute en que la práctica médica, cuando se desarrolla en la comunidad, requiere el uso de estrategias de comunicación particulares.

Es necesario informar, favorecer la adopción de estilos de vida saludables, contribuir a la prevención de enfermedades prevalentes o mejorar la adherencia al tratamiento, entre otros requisitos de la Medicina actual. Para lograr efectivizar la comunicación con la comunidad proponemos una serie de herramientas. En primera instancia, conocer a ese otro con el que se va a trabajar. Esto supone saber quienes son, cuales son sus problemáticas y cuales los códigos que manejan. Una vez sabido esto, será posible adecuar el mensaje al receptor, a la vez que se utiliza el canal más adecuado para transmitirlo. Para esto es ineludible conocer los recursos con los que se cuenta.

Así será posible pensar y transmitir un mensaje, valiéndose de diferentes formatos, aplicables en los variados ámbitos de esa comunidad. Llevar adelante acciones comunicativas con la mayor eficacia va a depender de la interacción de estas herramientas y la capacidad creativa de los profesionales de la salud, para lo cual es indispensable el compromiso que permite el análisis crítico.

Referencias Bibliográficas:

- (1) Todorov, T. (2008)
La vida en común. Ensayo de Antropología General. Madrid. Taurus.
- (2) Organización Mundial de la Salud (1986)
Carta de Ottawa. Primera Conferencia Mundial de Promoción para la Salud.
Recuperado en www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf. 27/09/2013.
- (3) Mieres Gomez, G. (1997)
El sector salud: 75 años de un mismo diagnóstico.
Montevideo. Editorial del Sindicato Médico del Uruguay.
- (4) Kaplún, M. (2006). En Laje, C. (2006)
Manual de Comunicación para la Salud: herramientas para la producción de materiales y acciones comunicativas en las prácticas comunitarias.
Córdoba, Argentina: PROAPS. Gobierno de Córdoba.
- (5) Moraga, F. & Ballesteros, N. (2003)
Intoxicación por anís estrellado: A propósito de un caso en un recién nacido.
Santiago. Chile: Revista Chilena de Pediatría; Vol 74. N° 4.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



comisión sectorial
de enseñanza




HOSPITAL DE CLÍNICAS
Dr. Manuel Quincela