

Habilidades clave de la comunicación y cómo adquirirlas

Los buenos médicos comunican eficientemente con sus pacientes – identifican sus problemas con más precisión, y los pacientes están más satisfechos con los cuidados que reciben. Pero, ¿cuáles son las habilidades de la comunicación y cómo pueden adquirirlas los médicos?

Cuando los médicos usan eficientemente las habilidades de comunicación se benefician tanto ellos como sus pacientes. En primer lugar los médicos identifican con mayor precisión los problemas de sus pacientes¹. En segundo lugar, los pacientes están más satisfechos con los cuidados que reciben y pueden entender mejor sus problemas, las pruebas diagnósticas y las opciones de tratamiento. En tercer lugar, aumentan las posibilidades de que los pacientes se adhieran a los tratamientos y de que sigan los consejos de cambio de comportamiento.² En cuarto lugar, se reduce el malestar de los pacientes y su vulnerabilidad a la ansiedad y la depresión. Por último, mejora el bienestar de los propios médicos.³⁻⁵ Nosotros presentamos evidencias de que los médicos no comunican con sus pacientes todo lo bien que podrían y consideramos las posibles causas. Describimos también las habilidades para una comunicación eficiente y exponemos como pueden adquirirlas los médicos.

Puntos resumen

- Los médicos con buenas habilidades de comunicación identifican con mayor precisión los problemas de sus pacientes.
- Sus pacientes están mejor psicológicamente y están más satisfechos con los cuidados que reciben.
- Los médicos con buenas habilidades de comunicación están más satisfechos con su trabajo y tienen menos estrés laboral.

- Hay métodos eficaces para entrenar las habilidades de la comunicación.
- Es esencial la oportunidad para practicar las habilidades de la comunicación y recibir una respuesta constructiva sobre su aplicación

Fuentes y criterios de selección

Nosotros usamos estudios originales de investigación sobre la comunicación médico-paciente, particularmente aquellos que examinan la relación entre las habilidades claves de la comunicación y como se obtuvo un buen resultado con ciertas tareas (tales como la explicación de las opciones terapéuticas). Para la búsqueda de artículos publicados durante los 10 últimos años en Embase, PysicINFO y Medline, utilizamos palabras clave (“habilidades de comunicación”, habilidades de interrogatorio” ya fueran asociadas o no a “entrenamiento”). Buscamos también en la base de datos Cochrane, resúmenes de revisiones de eficiencia (DARE).

Deficiencias en la comunicación

El cuadro 1 muestra los puntos claves de la comunicación que los buenos médicos deberían llevar a cabo con sus pacientes. Desafortunadamente, a menudo los médicos fracasan en esta tarea. Solo se obtienen la mitad de las dolencias y preocupaciones de los pacientes.² A menudo, los médicos obtienen poca información sobre las percepciones de los pacientes acerca de sus problemas o acerca del impacto físico, emocional y

social de sus problemas.⁶ Cuando los médicos proporcionan información a sus pacientes lo hacen de una manera inflexible y tienden a ignorar lo que los pacientes individuales desean saber. Ponen poca atención en comprobar hasta que punto los pacientes han comprendido la que les han explicado.² Se reconoce menos de la mitad de la morbilidad psicológica de los pacientes.⁷ A menudo los pacientes no se adhieren al tratamiento y los consejos que les ofrece el médico y los niveles de satisfacción de los pacientes son variables.^{2,8}

Cuadro 1. Tareas clave en la comunicación con pacientes

- Obtener (a) los principales problemas del paciente; (b) la percepción de los pacientes acerca de los mismos; y (c) el impacto físico, emocional y social de los problemas de los pacientes sobre él mismo y sobre su familia.
- Información adecuada a lo que el paciente quiere saber; comprobar su nivel de comprensión
- Obtener la reacción de los pacientes con la información recibida y sus principales preocupaciones
- Determinar hasta que punto el paciente quiere participar en la toma de decisiones (cuando se dispone de varias opciones de tratamiento)
- Exponer las opciones de tratamiento de modo que el paciente comprenda las implicaciones
- Maximizar la probabilidad de que el paciente siga las decisiones acordadas acerca del tratamiento y el consejo sobre los cambios de vida

Razones de las deficiencias

Hasta hace poco, la formación durante la carrera o en el postgrado ponía poca atención en asegurar que los médicos adquirieran las habilidades necesarias para una buena comunicación con sus pacientes. Consecuente-mente, los médicos han sido reacios a desviarse de un modelo estrictamente médico, a tratar

con aspectos psicosociales y a adoptar un estilo de más negociación y colaboración.^{2,6} Han estado poco dispuestos a preguntar sobre el impacto social y emocional de los problemas de los pacientes sobre el paciente y su familia por miedo a que se desencadenara un sufrimiento que no pudieran manejar. Tenían el temor de que ello incrementaría el malestar del paciente, supondría mucho más tiempo y amenazaría su propia supervivencia emocional. Así, respondían a los aspectos emocionales con estrategias que bloqueaban revelaciones adicionales (Cuadro 2).⁹

Cuadro 2. Comportamiento de bloqueo

- Ofrecer consejo e información antes de que se haya identificado el problema principal
- Explicar el sufrimiento como normal
- Atender solo a aspectos físicos
- Cambiar de tema
- “Alegrar” a los pacientes desde el principio

Incluso si los médicos tienen las habilidades necesarias, pueden no emplearlas porque estén preocupados porque sus colegas no darán, si se precisa, suficiente apoyo práctico y emocional.¹⁰ Puede que los médicos tampoco se den cuenta de que a menudo los pacientes les esconden información o las razones de ello (Cuadro 3).⁹

Cuadro 3. Razones por las que los pacientes ocultan información

- Cree que no se puede hacer nada
- Reticencia a sobrecargar al médico
- Deseo de no parecer patético o desagradecido
- Pensar que no es legítimo mencionarlo
- Comportamiento de bloqueo por el médico
- Miedo a que se confirmen sus temores o lo que sea malo

Habilidades necesarias para realizar tareas clave

Obtención de los problemas y las preocupaciones de los pacientes

Establezca contacto visual al inicio de la visita y manténgala a intervalos razonables para mostrar interés.¹¹ Animar a los pacientes a ser precisos en la secuencia en la que ocurrieron sus problemas; pregunte por fechas de sucesos claves y acerca de las percepciones y los sentimientos de los pacientes. Esto ayuda a los pacientes a recordar sus experiencias, a sentirse comprendidos y a soportar sus problemas.

Use la “escucha activa” para aclarar qué pacientes están preocupados⁹ – esto es, responda a las cuestiones acerca de problemas y sufrimiento para clarificarlas y explorarlas.¹¹ Pero evite interrumpir antes de que el paciente hay completado declaraciones importantes.¹³

Resuma la información para demostrar a los pacientes que han sido escuchados y déles la oportunidad de corregir cualquier malentendido.⁹ Inquiera acerca del impacto social y psicológicos de enfermedades importantes o problemas acerca del paciente y su familia;¹⁴ esto le demuestra al paciente que usted está interesado en su bienestar psicosocial y en el de su familia.

Informando

Compruebe qué pacientes considera que pueden estar equivocados y como estas creencias les han afectado.¹⁵ Pregunte a sus pacientes que información les gustaría y priorice sus necesidades de información de modo que lo importante pueda tratarse en primer lugar si el tiempo es breve.⁹ Presente la información por categorías – por ejemplo “usted dijo que quería conocer la naturaleza de su enfermedad”. Antes de continuar, asegúrese de que el paciente le ha entendido.¹⁶

En el caso de enfermedades o tratamiento com-

plejos cerciórese de si el paciente quiere información adicional – escrita o en una cinta de audio. Sin embargo, si debe dar un mal pronóstico, una cinta puede entorpecer la adaptación psicológica.

Discutiendo las opciones de tratamiento

Informe adecuadamente a sus pacientes sobre las opciones de tratamiento y compruebe si desean involucrarse en las decisiones. Los pacientes que participan en la toma de decisiones tienen más probabilidades de adherirse a los planes de tratamiento.² Determine el punto de vista de los pacientes antes de discutir el cambio de los estilos de vida – por ejemplo, dejar de fumar.²

Dando apoyo

Use la empatía para demostrar que usted sabe como se siente el paciente (“las experiencias que usted describe durante la enfermedad de su madre suenan devastadoras”). Utilice también suposiciones educadas. Retroalimente a los pacientes con sus intuiciones acerca de lo que están sintiendo (“dice usted que lo está llevando bien, pero tengo la impresión de que está luchando con este tratamiento”). Incluso si la suposición es incorrecta, le demuestra al paciente que usted está intentando comprender mejor sus problemas.

Cómo adquirir las habilidades

Métodos eficaces de entrenamiento

El cuadro 4 lista los métodos de enseñanza para ayudar a los médicos a adquirir habilidades de comunicación relevantes y para cesar en el uso de actitudes de bloqueo.^{1,17} Estos métodos se han usado en enseñanza pre graduación y post graduación.^{18,19} Un “buen” médico, que desee auditar y mejorar sus habilidades de

comunicación, debería asegurarse de que los cursos o talleres de trabajo a los que acude incluyen tres componentes de aprendizaje: input cognitivo, modelo y práctica de las habilidades claves.

Cuadro 4. Métodos efectivos de aprendizaje

- Proporcionan evidencias de deficiencias actuales en la comunicación, las razones de las mismas y las consecuencias para pacientes y médicos.
- Ofrecen una base de evidencia de las habilidades necesarias para superar estas deficiencias
- Demuestran las habilidades a aprender y obtienen las reacciones a estas
- Proporcionan una oportunidad para practicar las habilidades en condiciones controladas y seguras
- Dan una opinión constructiva sobre la práctica y reflexión acerca de las razones de un comportamiento de bloqueo

Input cognitivo

Los cursos deberían proporcionar folletos detallados o lecturas cortas, o ambos, que proporcionen evidencia de las deficiencias actuales en la comunicación con los pacientes las causas de estas deficiencias y las consecuencias adversas para pacientes y médicos. Se debe decir a los participantes sus habilidades de comunicación y los cambios de actitud que remedian las deficiencias y recibir evidencia de su utilidad en la práctica clínica.

Modelo

Los profesores deberían demostrar sus habilidades en acción – con cintas de audio o vídeos de consultas reales. Los participantes deben discutir el impacto de estas habilidades sobre pacientes y médicos.

Alternativamente, se puede emplear una “demostración interactiva”. Un instructor dirige una consulta tal como lo hace en la vida real pero usando un paciente simulado. El entrevistador pide al grupo que sugiera estrategias que puedan usarse al inicio de la visita. Durante algunos minutos se prueban las estrategias propuestas y luego el entrevistador solicita el punto de vista y los sentimientos de las personas acerca de las estrategias usadas. Se pide que predigan el impacto sobre el paciente. Al contrario que con la cinta o el vídeo con consultas reales, el “paciente” puede dar su *feedback*. Esto confirma o refuta las sugerencias del grupo. Este proceso se repite para trabajar a lo largo de una visita de modo que el grupo aprende acerca de la utilidad de las habilidades claves.

Prácticas de habilidades claves

Si los médicos están para adquirir habilidades claves y renunciar a comportamiento de bloqueo, deben tener una oportunidad para practicar y recibir una opinión acerca de su actuación. Sin embargo, se debe minimizar al máximo el riesgo de desmotivar y angustiar al médico.

La práctica con pacientes simulados o actores tiene la ventaja de que la naturaleza y la complejidad de la tarea se puede controlar. Se puede pedir un “tiempo muerto” cuando el entrevistador se atasca. Entonces el grupo puede sugerir como continuar de la mejor manera. Esto ayuda a minimizar la desmotivación. Por el contrario, pedirle al médico que haga un interrogatorio completo puede llevar a que el médico pierda la confianza porque los “errores” se repiten.

Pedir a los médicos que imiten a pacientes a los que han conocido bien y que simulen sus problemas hace que la simulación sea realista. Ello ofrece a los médicos visiones de cómo se afectan los pacientes por las diferentes estrategias de comunicación.

Para que un ejercicio de simulación sea efectivo, los médicos debe recibir un *feedback* objetivo median-

te audio o vídeo.¹⁹ Para minimizar la desmotivación se deben seguir claramente las siguientes reglas de maneras de comportamiento:

- Se deben ofrecer comentarios positivos acerca de que estrategias (orales o no orales) gustaron y por qué.
- Se debe permitir la crítica constructiva solo cuando se han agotado todos los comentarios positivos.
- A los participantes que realizan críticas constructivas se les debe pedir que sugieran estrategias alternativas y las justifiquen.
- Se debe destacar cualquier comportamiento de bloqueo y solicitar al interrogador que considere por qué la utilizó (incluyendo actitudes subyacentes y temores)
- Se debe pedir al grupo que reconozca si ha usado comportamientos de bloqueo similares y por qué.
- Para reforzar el aprendizaje, se debe pedir al médico que reflexione sobre lo que ha aprendido, qué fue bien, y qué debería haber hecho de otra manera.

Contexto del aprendizaje

Algunos médicos se sienten más seguros aprendiendo en su propia disciplina.²⁰ Otros agradecen el reto de aprender con profesionales de otras disciplinas, tales como enfermeras/os;²¹ los grupos multidisciplinarios permiten a los médicos entender y mejorar la comunicación entre disciplinas. Aún deben determinarse las ventajas relativas de estos dos entornos diferentes.

Los médicos tienen más probabilidad de atender a cursos o talleres de trabajo sobre habilidades de comunicación si conocen que se dedicará un tiempo sustancial a su propio orden del día. Por tanto, se les debería pedir que identificaran sobre que tareas de la comunicación precisan ayuda. Esto incluirá normalmente las tareas ya discutidas además de situaciones más comple-

jas, tales como el comunicar malas noticias, el manejo de la ira y la respuesta a preguntas difíciles.

La limitación del grupo entre cuatro y seis participantes crea la sensación de seguridad requerida por los participantes para revelar y explorar actitudes y sentimientos relevantes. También permite más oportunidades de practicar las habilidades de comunicación.²²

Los instructores que han tenido un *feedback* similar de su entrenamiento son más eficaces en promover el aprendizaje que aquellos que no lo han tenido.²³ Los talleres residenciales de tres días son tan eficaces como los talleres de una jornada que duran cinco días.²¹ Se debe determinar si son más efectivos los cursos más largos que los talleres con talleres posteriores de seguimiento.

Usando las nuevas habilidades en la práctica

La práctica de las habilidades de la comunicación con pacientes simulados conduce a la adquisición de habilidades y a la renuncia de comportamiento de bloqueo. Sin embargo, los médicos no trasladan estas habilidades aprendidas a la práctica clínica tan detalladamente como deberían.²⁴ Ofrecer *feedback* a los médicos sobre consultas reales debería asegurar un traslado más eficaz de las habilidades.

Acceso al entrenamiento

Fuentes de información

- Administradores de centros de postgrado
- Anuncios en revistas profesionales

Cursos bien establecidos

- Asociación para la Enseñanza de la Entrevista Médica, Londres
- Grupo de Medicina Psicológica de la Investigación del Cáncer en el RU, Manchester
- Grupo de Medicina Psico Oncológica de la Investigación del Cáncer en el RU, Brighton

Las evidencias actuales sugieren que el buen médico que acude a talleres de trabajo residenciales cortos o cursos para mejorar sus habilidades y tiene la oportunidad de recibir feedback acerca de cómo comunica en la consulta real aprenderá el máximo. Los médicos verán que se benefician tanto ellos como sus pacientes. Los pacientes revelarán más preocupaciones, percepciones y sentimientos acerca de sus problemas, se encontrarán menos angustiados y estarán más satisfechos. Los

médicos tendrán más confianza acerca de cómo comunican y obtendrán más reconocimiento de los pacientes.

Los buenos médicos desearán continuar aprendiendo a lo largo del tiempo mediante su auto evaluación (grabando sus propias entrevistas y reflexionando sobre ellas) o asistiendo a más cursos o talleres.

Artículo publicado en la revista J Clin Psychol, 2005.

La Bibliografía de los artículos se la pueden pedir a: lydiauloaga@ya.com

El buen médico en el mundo

¿Qué tienen que decir las tradiciones médicas en el mundo acerca de las cualidades necesarias del “buen médico”? Dos textos sánscritos que son la base del ayurveda (la tradición médica Hindú India) afirman que los estudiantes que se embarquen en el aprendizaje para llegar a ser un vaidya (un médico ayurveda) debe prometer respetar a los pacientes y ser abstemios, modestos, corteses y tener auto control. Deben tener como única preocupación la curación de la gente enferma. En las fuentes textuales del unani tibb, la tradición médica Greco-Arábica practicada en el sur de Asia, las cualidades ideales del hakim (un médico unani) incluye la compasión, la moderación, la honradez, el auto control, la humildad y la falta de ambición (más allá de la de hacer el bien). En el ayurveda, el unani y la medicina tradicional china, los médicos deben ayudar al necesitado y tratar al enfermo sin discriminación ni por el estatus económico ni por la historia familiar. Las tradiciones clásicas también esperan que sus practicantes continúen con la auto educación de modo que puedan mejorar el aprendizaje y las habilidades técnicas; el conocimiento y la pericia son valorados en la mayoría de los sistemas médicos del mundo.

Aunque los pacientes del RU valoran el conocimiento y la habilidad técnica, también son muy valorados la comunicación y el ser escuchados. Contrariamente, en el Rajasthan rural, India, los pacientes valoran la habilidad de un médico según su capacidad de hacer un diagnóstico tomándoles el pulso y sin necesidad de hablar como señal de ser verdaderamente un buen médico. Los practicantes de la medicina siddha una tradición terapéutica tamil del sur de la India basada en los escritos de los yoguis hindús, reclaman también aprender todo acerca del estado interno de sus pacientes solo tomándoles el pulso.

Un tema que se encuentra en la mayoría de las tradiciones médicas y prácticas terapéuticas del mundo es que las habilidades para la curación implican una sabiduría y una intuición especiales. En muchas tradiciones, tales poderes se expresan en un lenguaje metafísico o religioso pero hay claras semejanzas con las cualidades “especiales” “extras” citadas como características de los buenos médicos por los respondedores de la sección de los lectores del BMJ de esta semana a la cuestión de qué es un buen médico. A través de las culturas los poderes especiales para la curación también se han asociado a menudo con el potencial de causar daño. En el norte de la India, por ejemplo el sayana bhopa (“el sacerdote prudente y sabio”) puede matar por medio del hechizo al igual que curar. Asimismo, existen temores similares sobre el potencial negativo de la biomedicina occidental, evidenciado en las crecientes preocupaciones acerca de la malpraxis y en los intentos de su regulación. El lado oscuro de la curación biomédica se expresa de forma más amenazadora en el espectro arquetipo del médico generalista británico y asesino de masas Harold Shipman.

Con la colaboración de:



CMBB & Asociados

CMBB & ASOCIADOS, Corredores de Seguros, S.L.

Londres, 27, Est. A 2^a
08029 BARCELONA

Teléfono 93 410 73 26
Fax 93 419 32 96