

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

Juli Rifà Ferrer y Nofre Pons Sureda

Servicio de Oncología Médica

Hospital Universitari Son Dureta. Palma de Mallorca

La comunicación es una actividad inherente a la vida. Es más, una de las características que distingue a los seres vivos de la materia inanimada, es la capacidad de comunicarse.

Entre humanos, para las actividades de todo tipo, la comunicación verbal es la que empleamos en nuestra vida diaria de manera preferente, pero ni mucho menos exclusiva.

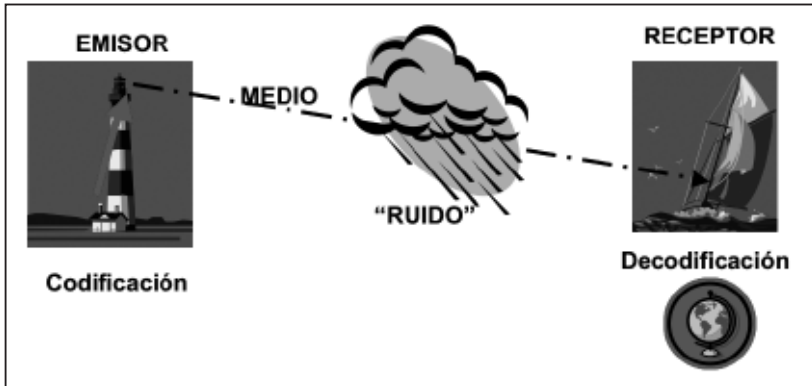
Por ello en este capítulo incidimos sobre la comunicación verbal como instrumento de los profesionales de la oncología, aunque sin olvidarnos de la importancia que tiene en nuestro ámbito los restantes niveles de comunicación.

Así, en la Figura 1 podemos ver el esquema clásico de la comunicación entre seres vivos. Existe un emisor de un mensaje determinado. Éste se encarga de codificarlo mediante un sistema de códigos. (lenguaje). Codificado, el mensaje se transmite a través de un medio. El receptor o receptores del mensaje decodifican el mismo y reciben la información.

Esta información puede o no convertirse en conocimiento (información capaz de contribuir a la toma de decisiones), y ello no depende de la capacidad de decodificación, sino del sustrato PREVIO que tenga el receptor.

Un elemento clásico en este esquema es el inevitable ruido que genera el sistema (emisor, medio, receptor, etc.), son unidades de información no deseadas, aleatorias, sin sentido, etc.

Figura 1. Esquema clásico de la comunicación.



que llegan a formar parte indeseable del mensaje, modificando la definición del mismo. En el tema médico-enfermo, es abundante y con altos decibelios.

El monómero de la comunicación es sencillo, pero los polímeros del mismo pueden alcanzar una complejidad importante. Vamos a complicarlo un poco.

TIPOS DE COMUNICACIÓN

VERBAL/ESCRITA., es decir, la que utiliza el lenguaje. Es la más usada en la vida cotidiana, y por ende en nuestra actividad profesional como médicos oncólogos.

Al tener un esquema de codificación explícito su efectividad es alta. Sin embargo, el primer problema que podemos detectar es que los elementos emisores de la comunicación no tengan consensuada su codificación, de manera explícita (lenguaje). Es evidente que no relatara el mismo caso con las mismas palabras un médico adjunto, un residente de primer año, una enfermera o una auxiliar. Esta discrepancia puede ser mínima si se trabajan una serie de medidas como veremos más adelante.

Pero el problema más importante está en el lenguaje del descodificador (paciente, familia, etc.) Para empezar, no es el mismo código que el de los emisores. Existe una clara y reconocida asimetría en la información y en el conocimiento entre ambas partes. Además, es diferente entre

los distintos pacientes, e incluso es diferente entre las distintas unidades receptoras (el paciente, su cuidador primario, resto de familia, etc.).*¹

COMUNICACIÓN NO VERBAL

GESTUAL. Entramos aquí en el terreno de la indefinición de códigos, sobre todo porque el emisor no es consciente de los mismos en su totalidad y además no es capaz de controlarlos a todos. Uno de los autores recordará toda la vida el comentario de un paciente ingresado al que había visitado un sábado, después de una noche discretamente alegre. Al siguiente lunes, el paciente le espetó:

- Hoy debo estar mucho mejor. Anteayer usted me miró con tan mala cara, que debía estar muy grave.

La lección es válida también para la información paciente- médico. Muchos de los gestos que descodificamos como información negativa, pueden tener otro significado. Una buena costumbre es pactar entre profesionales y paciente un sistema de comunicación que busque la explicitación verbal de toda la comunicación, renunciando ambas partes de la interpretación de todo el cortejo gestual.

COMUNICACIÓN DEL ENTORNO ("ATREZZO")

El entorno no sólo es generador de ruido, sino también un emisor de elementos de comunicación que, si queremos un instrumento potente, debemos controlar y, si es necesario, integrar en nuestro proceso.

Las batas de los médicos, los instrumentos, la misma rotulación de un Servicio de oncología, aquél médico que atendió a un familiar hace dos años... que falleció de cáncer, el traslado de un compañero de habitación que empeora bruscamente, etc. son elementos que actúan como auténticos informadores vicarios, casi siempre entorpeciendo el proceso. De nuevo aquí conviene explicitar estos elementos en el mismo momento en que los percibimos como tales: hablar de ellos.

* UN EJEMPLO: EL SINDROME DEL HIJO DE BILBAO. En Bilbao le llamarán el síndrome del hermano de Mallorca. El resumen es el siguiente: se ha seguido con un paciente determinado un proceso de información satisfactorio. El paciente y la familia tienen los niveles adecuados de conocimiento sobre la enfermedad, tratamiento, pronóstico, etc. Entonces llega el hijo que ha estado fuera. Ha recibido la información modulada a través de los familiares, y, además, tiene un decodificador alterado (otro ámbito cultural). Inevitablemente propone una segunda opinión, una cirugía o un traslado a Houston.

EL DERECHO A LA INFORMACIÓN

La persona enferma debe ser informada de su proceso. Esto es, para el médico, una necesidad ética, pero también legal. Por su interés, recogemos el artículo 5 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.³

"TITULAR DEL DERECHO A LA INFORMACIÓN ASISTENCIAL."

1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.
2. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.
3. Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
4. El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

La interpretación de esta ley asume dos excepciones al deber de informar:

- a) En caso de que el médico crea que la información puede ser claramente perjudicial para el paciente. Por ejemplo, claros antecedentes de intentos de autólisis. No sirve, la simple impresión subjetiva, que puede desencadenar una conducta paternalista por parte del médico, y, por supuesto, tampoco sirve la simple oposición- tan frecuente- de los familiares.
- b) Negativa expresa del paciente. En el caso extremo de esta interpretación sería la negativa implícita del paciente: si éste no pregunta.

Los autores recurren de manera habitual a establecer explícitamente esta regla en las primeras entrevistas con el paciente: "si usted pregunta, yo le contestaré con la mayor honradez".

¿SÓLO COMUNICAMOS LOS MÉDICOS?

No. Ni mucho menos. La persona enferma recibe informaciones, (y las da) del personal de admisión, de los celadores, del personal de limpieza* de las enfermeras, de las auxiliares, de las voluntarias,

De las tarjetas que marcan los horarios, de los carteles que piden silencio o que se desconecten los móviles, de los cuadros colgados en la pared. Del compañero de habitación, de los familiares del compañero de habitación. De sus amigos y compañeros, de la prima que tiene un amigo que ha tenido un cáncer y se trata con un medicamento milagroso, de la prensa, de la televisión de Internet.⁴

Sin embargo, ante este caos informativo el enfermo discrimina muy bien la calidad de la información que recibe, y reconoce al médico como el depositario de conocimiento básico de su situación.

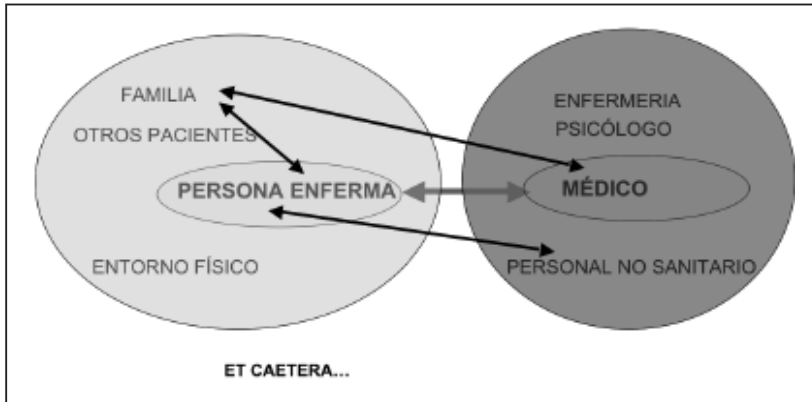
Por ello ante tan potente generador de ruidos de altísimos decibelios, el médico no puede pretender monopolizar la comunicación del paciente. Simplemente, postularse ante el paciente y familia como agente comunicador de primer orden. De nuevo, aquí, el "truco" es explicitar las cosas, hablar, convertir en comunicación verbal el mayor porcentaje de bits de información⁵.

LA COMUNICACIÓN BIDIRECCIONAL

Por deformación profesional, los médicos confundimos "comunicación" con información. Es decir, simplificamos una relación bidireccional, y simétrica entre el enfermo (y su entorno) y el médico (y su entorno). (Figura 2). Muchas veces, y por desgracia, la comunicación es sólo unidireccional, hacia la derecha.

*En nuestro Servicio de Oncología, tenemos la suerte de contar con una profesional de limpieza fija, de gran capacidad profesional y humana. Ella tiene un papel informal, pero importantísimo, en los flujos de comunicación de los pacientes ingresados. La llamamos "limpioterapeuta". Su sueldo no incluye la plusvalía generada por tan importante ayuda.

Figura 2. La comunicación bidireccional.



Es evidente que el paciente es una fuente de información valiosísima, pero no sólo desde el punto de vista clínico (anamnesis, recogida de síntomas), sino más allá de éste, conocer los deseos, temores, angustias, esperanzas del enfermo, y sus relaciones con sus familiares-amigos. Solo así, con una potente comunicación bidireccional e integrada entre los distintos elementos, conseguiremos dibujar un plan único diagnóstico y terapéutico, asumido por todos los miembros del rompecabezas.

COMUNICACIÓN. QUIÉN DIRIGE

En nuestro ámbito de cultura, normalmente el proceso comunicativo médico-enfermo es liderado por el médico. No sólo crea el momento y lugar de la comunicación, sino también lleva el guión de la conversación.

Esta actitud contrasta con las nuevas reivindicaciones de los usuarios, que en otros países, sobre todo anglosajones, exigen una información mucho más centrada en el paciente.

Las dos visiones extremas de un mismo proceso se corresponden a dos concepciones distintas del rol médico: una visión culturalmente centrada en el médico, tintada clásicamente de un cierto paternalismo, ha predominado en la vieja Europa y sigue mandando en los hospitales de nuestro país. En el modelo norteamericano, contempla al paciente como individuo que lidera el proceso de su enfermedad, que toma las decisiones de manera autónoma, recicla la infor-

mación del médico y la integra a otras fuentes de información. Este último modelo es una realidad que se impone en nuestra práctica diaria. ⁶

Cada vez más –y creemos que ello es positivo– el paciente va a conocer sus derechos, exigirá una información inteligible, objetiva y neutra al médico. Sin embargo, la neutralidad absoluta en la relación asimétrica entre un doliente y un sanador es imposible. Aunque nos esforcemos por dar una información aséptica de las alternativas terapéuticas, existe siempre la posibilidad de que el paciente rompa el proceso con la típica pregunta:

- *Pero doctor, usted, en mi caso, ¿que haría?*

Rehuir a esta cuestión es imposible, ya que la asimetría de conocimientos entre paciente y médico obliga a éste último a una relación de agencia. Hasta qué punto debe el médico tomar las decisiones del proceso diagnóstico y terapéutico, es un difícil ejemplo de sutileza y equilibrio entre paternalismo médico y autonomía del individuo que sufre. Conseguir este equilibrio es uno de los muchos capítulos del intangible, pero real, arte medico.

LA INFORMACIÓN NO ES UN ACTO, ES UN PROCESO MÉDICO

Nadie nos ha enseñado a comunicarnos. Si para nuestras actividades de la vida diaria hemos habilitado unas prácticas de comunicación basadas en el conocimiento intuitivo y en el entrenamiento cotidiano, esto no es suficiente en nuestra actividad profesional. Por múltiples razones, entre ellas la necesidad de optimizar nuestras energías y nuestro tiempo en una fluida relación con el enfermo y familia, que al fin y al cabo redundará en una más fácil relación y en una mayor disciplina terapéutica.

¿Cuáles son los elementos que facilitarán esta comunicación fluida?

EL PROCESO DE COMUNICARSE

Todos los manuales e informes sobre la comunicación asistencial, insisten en la necesidad de considerar el flujo de información (bilateral, no lo olvidemos) como un *continuum* en el tiempo, que debe mantenerse a lo largo de todo el proceso de la enfermedad, hasta la curación (y más allá de la misma, con la promoción de hábitos saludables) o hasta la muerte (con el soporte al duelo).

Sin embargo, en nuestra práctica habitual olvidamos esta norma esencial. La comunicación tiene una puerta de entrada. Será más efectiva cuando más abierta esté, siempre con las limitaciones organizativas y de gestión del tiempo. Cuanto más informado tengamos al paciente, más consciente de su situación, perspectivas y peligros, mejores resultados tendremos⁷.

1. Momento, lugar. Ambiente previo

La primera condición, ineludible, para una adecuada comunicación, es el tiempo del profesional. Evidentemente, el tiempo del usuario, por la cuenta que le trae, está asegurado. Sin embargo, a pesar de que esta frase se repite en todos los artículos y reflexiones sobre el tema los últimos cincuenta años, seguimos informando mal, rápidamente, sin el entorno de intimidad suficiente.

Un lugar de comunicar noticias –buenas o malas, pero siempre trascendentes– distinto de la sala de consulta o de la habitación del paciente, con la suficiente intimidad para que éste o su familia libere sus emociones sin que el compañero de habitación o el resto de familiares los contemple, es una imperiosa necesidad, tanto como el circuito de oxígeno en los hospitales. Nadie parece darse cuenta.

La culpa, además de los profesionales, la tiene también nuestro sistema hospitalario. Incidiremos más tarde en el hecho de que no se gratifica ni potencia de ningún modo los esfuerzos de comunicación, información y búsqueda de complicidad terapéutica con el paciente. La rigidez de nuestro sistema sigue haciendo oídos sordos (y nunca mejor dicho) a una necesidad percibida como esencial por médicos y pacientes², pero que sigue haciéndose a desgana, a tiempo perdido, y en el pasillo de la sala de hospitalización.

2. Empatía

Empatía, "capacidad que tiene el individuo para identificarse y compartir las emociones o sentimientos ajenos. La percepción del estado anímico de otro individuo o grupo tiene lugar por analogía con las emociones o sentimientos, por haber experimentado esa misma situación o tener conocimiento del mismo"⁸. Es la capacidad de generar un adecuado canal de comunicación entre dos interlocutores .

Previa a la comunicación verbal, es parte esencial del proceso comunicativo. El primer gesto de empatía de la historia de la humanidad es dar la mano. Con este gesto, los primitivos demostraban que no llevaban arma alguna.

Mostrarnos desarmados de recelos y prejuicios, es abrir puertas. En la consulta médica presionados por el tiempo, es sin duda más difícil la demostración de empatía. Tanto en ella como en la cama de hospital o en el domicilio del paciente, el gesto de comprensión, el silencio interesado y el contacto físico son generadores de comunicación.

3. Para centrarnos: ¿Qué desea saber el paciente?

Es la primera cuestión que, una vez conseguida silla (punto 1), y abrir comunicación (punto 2), debemos abordar el tema central de la información. Qué grado de información desea tener, en el momento concreto, en la circunstancia concreta, este paciente. No el que sus familiares quieren. No el que usted, como médico, desea para un correcto funcionamiento del proceso de diagnóstico o tratamiento, sino el que el paciente quiere o puede asumir.⁹

La mejor pregunta es la más directa: ¿qué sabe usted de su enfermedad? ¿De qué le han informado? ¿Qué quiere saber?

Al paciente con un cierto deseo de información, le bastarán las dos primeras preguntas para entrar en un momento de comunicación pura, donde pueden hacerse los primeros avances auténticos.

4. Gestión de actitudes agresivas

La agresividad, la demostración verbal o no verbal del descontento de paciente o familia, no es una situación excepcional en nuestra práctica. La reacción natural, predominante entre los compañeros menos expertos, es la confrontación dialéctica en la que, por razones de rol, el médico tiene ventaja. No aconsejamos esta actitud. No se trata de ganar discusiones, sino de dar el máximo beneficio a un ciudadano con problemas de salud.

Mucho mejor y más efectivo es el escuchar las razones de su agresividad, fundadas en hecho o simplemente traductoras de otros problemas: ansiedad, deterioro de relación familiar, etc.

En un segundo paso, resumir con palabras educadas los argumentos de su descontento. Por último, dar una salida razonable a la queja:

-*"Tomo nota y lo haré saber a la dirección"*.

-*"Llamo ahora a Atención al paciente. Allí le atenderán con mucho gusto"*.

Por último, la experiencia demuestra a los autores que una actitud reticente a una comunicación, se solventa rápidamente, en la próxima visita a consulta o al día siguiente de visita a plan-

ta, si el profesional médico ha demostrado su competencia diagnóstica, pronóstica o terapéutica con algún detalle: una analgesia efectiva, un pronóstico acertado, etc., son mágicamente efectivos.

5. La mímica de la familia

La situación llega a ser surrealista. Los familiares, en un desafortunado intento de comunicación no verbal para hacer llegar al médico la necesidad de que bloquee la información al paciente, realizan una tempestad de movimientos por detrás del enfermo que, evidentemente, no contribuye a mejorar la comunicación.

Por supuesto, en la primera entrevista, es absolutamente imposible educar a la familia en los términos de juego limpio respecto a la información. Lo más prudente en estos casos es no iniciar un proceso de información, sino hacer ver a las partes que tienen intenciones comunes:

- José, (al paciente), sus familiares están preocupados por usted.
- Vamos a conocernos primero, a saber su situación, y después Usted, José, me preguntará lo que quiera.
- Si quiere, también pueden formular preguntas sus familiares.

Con estos tres puntos, y de manera delicada, dejamos claro:

- Que el titular de la información es el paciente.
- Que el interés en bloquear la información es comprensible, pero erróneo
- Que el avance de la información en esta entrevista será acorde con la capacidad de recepción de la persona enferma.

6. "Ruegos y preguntas"

En cualquier entrevista, en una consulta, en el domicilio o en la cama hospitalaria, la sesión de comunicación debe acabar con un obligado "¿tiene alguna pregunta?" Si no lo hacemos así, además de dejar inacabado el trabajo, corremos el peligro de que estas preguntas las efectúe el paciente o la familia en momentos y circunstancias menos apropiadas.¹⁰

Inevitablemente, en aquél momento el volumen o la intensidad de la información recibida pueden bloquear al paciente. Por ello debemos tener en cuenta una segunda sesión a la que dedicar tiempo y actitud positiva: en ella el enfermo recordará las cuestiones que no supo, no supo o no se atrevió a preguntar.

Incluso en algunos casos veremos una serie de anotaciones en un papel o en el cuaderno de notas. Un pequeño examen que debemos superar con honradez, con sinceridad y delicadeza.

7. El soporte escrito: un complemento

En la actualidad, y cumpliendo con el espíritu de la ley citada, utilizamos documentos escritos que traducen el consentimiento informado, obligado para cualquier maniobra invasiva diagnóstica o terapéutica, incluyendo la quimioterapia antineoplásica.

Estos elementos escritos deben ser un adecuado complemento a la información oral, y nunca podrán sustituirla.

Hemos tenido acceso a documentos de información de este tipo que cumplen exactamente el objetivo opuesto a lo pretendido. Son habituales los tecnicismos incomprensibles, los barbarismos usados en la jerga médica y, sobre todo, un alarmismo contraproducente. Es importante revisar de manera cuidadosa nuestros documentos de información al paciente, incluidos los folletos informativos de ingresos, hospital de día, etc. Son el memorándum que se quedará el paciente cuando de las palabras sólo quede un pequeño poso.

Como se ha descrito en las páginas anteriores, "comunicar" es una parte esencial del trabajo asistencial de un oncólogo y, en general, de cualquier médico. Sin embargo, esto no se considera así en la escala de valores establecida por los profesionales ni por las consideraciones de gestores y directivos.

Informar, comunicarse, es una función mal gratificada, mal considerada, realizada sin las condiciones temporo-espaciales necesarias (tiempo!), y, contemplada como actividad complementaria.

Para cambiar esto, en beneficio de los pacientes, no basta con un obligado proceso de reconsideración de la organización del trabajo médico. Éste debe ser apoyado sin ambages por los responsables organizativos.

No es volver al papel paternalista que el médico tuvo en el pasado. Es poner nuestra profesión a la altura de las exigencias de una sociedad donde la información no tiene límites cuantitativos. El papel del médico es establecer los índices de calidad de la información: inteligibilidad,

capacidad de modulación y adaptación, honradez. Es lo que separa la consulta del médico del buscador "Google".¹¹

El cambio, obligado, supone tiempo y esfuerzos.

Tabla 1. Decálogo de la comunicación médico-paciente

1. La comunicación no es un acto. Es un proceso.
2. Nos comunicamos, a veces, con palabras. Más a menudo, con gestos, casi siempre, con silencios.
3. La comunicación no es monopolio de los médicos.
4. La comunicación debe ser bidireccional.
5. Clave de comunicación: el tiempo.
6. Un lugar, un momento, un ambiente adecuados.
7. El entorno familiar es el objeto y sujeto de comunicación pero...
8. ...Un capítulo para la comunicación cuerpo a cuerpo.
9. "Traduce" el mayor porcentaje de información (gestual, de entorno, etc.) en información verbal. Explicita. Pide lo mismo al paciente.
10. Sé honrado. Se delicado. Se realista.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gomez Sancho M. Cómo dar las malas noticias en medicina. 2ª edición. Ed. Aran, 1998.
2. Sontag S. La enfermedad y sus metáforas. 4a edición. Ed. Taurus, 1996.
3. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En: www.noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l41-2002
4. Pickering WG. The relief of communication. *BMJ* 2006; 333(7564):403.
5. Bianchi MT, Alexander BM. Evidence based diagnosis: does the language reflect the theory? *BMJ* 2006; 333(7565):442-5.
6. Morales K. Prostate cancer charity wants better information for patients. *BMJ* 2005; 331(7524):1043.
7. Wolf MS, Gazmararian, JA, Baker, DW. Health Literacy and Functional Health Status Among Older Adults. *Arch Intern Med* 2005; 165(17):1946-52.

8. Enciclopedia Encarta 2004. Microsoft Corporation. Microsoft Encarta Program Manager. Redmond, WA 98052-6399.
9. Sankar P, Jones NL. To Tell or Not to Tell: Primary Care Patients' Disclosure Deliberations. *Arch Intern Med.* 2005; 165(20):2378-83.
10. Davies E, Cleary P. Hearing the patient's voice? Factors affecting the use of patient survey data in quality improvement.] *Qual Saf Health Care.* 2005; 14(6):428-32.
11. Sullivan F, Wyatt JC How computers can help to share understanding with patients. *BMJ* 2005; 331(7521):892-4.
12. Engelberg RA. Measuring the quality of dying and death: methodological considerations and recent findings. *Curr Opin Critical Care.* 2006; 12(5):381-7.