

Las habilidades de comunicación como elemento básico en la formación del médico

C.J. van-der Hofstadt Román^a y F. Navarro Cremades^b

^aHospital Vega Baja. Consellería de Sanidad. Generalitat Valenciana. Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández. Elche. Alicante.

^bCentro de Salud de San Juan. Consellería de Sanidad. Generalitat Valenciana. Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Elche. Alicante.

En este trabajo hacemos referencia a la importancia de las habilidades de comunicación como elemento indispensable en la formación de los médicos, así como su relevancia en la posterior actividad profesional. A lo largo del mismo nos vamos a centrar en la presentación y explicación resumida de algunas técnicas que nos permitirán aprender a mejorar nuestras habilidades personales de comunicación. Por una parte hablaremos de aquellas con las que podemos mejorar nuestra capacidad de autocontrol, y por otra del empleo de la escucha activa como forma de hacer frente a las barreras de la comunicación. Todo ello a partir de una explicación somera del proceso de comunicación, la comunicación eficaz (eucomunicación) y la discomunicación.

Palabras clave: comunicación, habilidades sociales, aprendizaje.

In this study, we refer to the importance of communication skills as an essential element in the physician's training as well as its importance in later professional activity. During it, we will focus on the presentation and summarized explanation of some techniques that allow us to learn how to improve our personal communication skills. On the one hand, we will speak about those with which we can improve our self-control capacity and, on the other, on the use of active listening as a way of facing the communication barriers. All of this will be done based on a brief explanation of the communication process, effective communication (eucommunication) and discommunication.

Key words: communication, social skills, learning.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la actividad profesional del médico en sus diferentes tareas clínicoasistenciales, preventivas, divulgativas e investigadoras, precisa la presencia de una serie de habilidades que son las que, como en cualquier otra actividad, configuran su competencia, encontrándose por una parte las habilidades conceptuales y técnicas, y por otra las habilidades de comunicación.

Se puede considerar que las habilidades de comunicación tienen menos importancia si se comparan con los conocimientos biotécnicos necesarios para el ejercicio de la profesión, sin embargo, los conocimientos y técnicas adecuados para la buena comunicación también son esencia-

les, puesto que desempeñan un papel vital, entre otros aspectos, no sólo en la obtención de una buena identificación y comprensión del problema, sino también en la determinación de la medida en que el tratamiento es seguido por el paciente¹.

El primer tipo de habilidades tienen que ver más con aspectos conceptuales conforme mayor sea el nivel jerárquico alcanzado en la actividad que se trate, como por ejemplo el conocimiento del sistema sanitario, y más con las habilidades técnicas cuanto menor sea éste, pero en mayor o menor grado siempre van a estar presentes ambos tipos de habilidades.

Estas habilidades son las que tradicionalmente se han desarrollado en los programas de formación, tanto en relación con la información que se transmite como en la evaluación de la misma. Quizás por ello cualquier profesional, por el hecho de serlo, comparte con sus colegas las mismas habilidades fundamentalmente técnicas, pues al margen de las diferencias entre planes de formación o los temas que por gusto o interés personal algunos han desa-

Correspondencia: C.J. van-der Hofstadt Román.
Centro de Psicología Aplicada. Universidad Miguel Hernández.
Edificio Torrepinet. Campus de Elche.
Avda. Ferrocarril s/n.
03202 Elche.

Recibido el 7-7-03; aceptado para su publicación el 13-11-03.

rollado en mayor profundidad, éstas resultan básicamente coincidentes.

Sin restar importancia a las habilidades conceptuales o técnicas a las que nos estamos refiriendo, las que fundamentalmente van a diferenciar a un “buen profesional” de un profesional menos considerado, por la relación entre ellas y la satisfacción del usuario¹, van a ser fundamentalmente las segundas, es decir, las habilidades de comunicación, considerándolas integradas en el marco teórico que aporta la teoría de las habilidades sociales²⁻⁵.

Habitualmente, cuando la preocupación por cubrir esta parcela de la competencia profesional parte de ciencias diferentes a la psicología, el tema se centra especialmente en la comunicación ante un público, y más concretamente en aspectos fundamentalmente técnicos relacionados con la elaboración y utilización adecuada del material de apoyo, ya sea en forma de diapositivas, transparencias o presentaciones elaboradas con programas informáticos⁶⁻⁸.

En este trabajo, por el contrario, nos vamos a centrar en la presentación y explicación resumida de algunas técnicas que nos permitirán aprender a mejorar nuestras habilidades personales de comunicación. Por una parte hablaremos de aquellas con las que podemos mejorar nuestra capacidad de autocontrol, y por otra del empleo de la escucha activa como forma de hacer frente a las circunstancias que dificultan desde diversos ámbitos el proceso de comunicación, con lo que, tras su aprendizaje, conseguiremos mejorar nuestras habilidades de comunicación personal. Todo ello a partir de una explicación somera del proceso de comunicación, la comunicación eficaz (eucomunicación) y la discomunicación.

EL PROCESO DE COMUNICACIÓN

El acto de comunicar, independientemente del contexto o la actividad en que se produzca (asistencial, preventivo, divulgativo, etc.), lo podemos entender como un proceso donde participan una serie de elementos de forma más o menos coordinada en el que, a partir de unos objetivos determinados, un sujeto (el emisor) toma la iniciativa de comunicar algo (el mensaje) a otro sujeto (el receptor) dentro de un contexto concreto, con un código que debe ser compartido por ambos a través de uno o varios canales⁹. A lo largo del proceso el mensaje va a experimentar una serie de cambios debidos a diversas variables, por los que habitualmente se puede desvirtuar (ruidos, filtros, etc.), de forma que cuando llega al receptor experimenta una serie de variaciones con relación al mensaje original, que deberá ser interpretado y contrastado por el receptor mediante la utilización del *feedback* o la retroalimentación para asegurar su contenido¹⁰⁻¹².

Con relación a este proceso se van a producir una serie de pérdidas motivadas tanto por éste en sí mismo, como por la posibilidad de cometer errores por parte del emisor, que redundará en una interpretación inadecuada del receptor. Estamos hablando de los denominados “error de conocimiento y error de transmisión”. El primero tiene que ver con los conocimientos conceptuales y técnicos que

el emisor posea sobre el tema objeto de la comunicación. El segundo está directamente relacionado con las habilidades de comunicación personal del sujeto que toma la iniciativa de comunicar^{11,12}.

Desde este punto, en relación con el proceso de comunicación y realizando un análisis psicológico desde la óptica cognitivo-conductual que nos permite operativizar el proceso, estudiamos los tres tipos de elementos que intervienen en el proceso de comunicación, característicos de éste tipo de análisis. Así, encontramos los elementos conductuales (verbales, no verbales y paraverbales), que se refieren a las conductas que realizamos y que pueden ser directamente observadas por los demás; los elementos cognitivos, que se refieren a los pensamientos que tenemos mientras se realiza el proceso de comunicación, y por último, los elementos fisiológicos, que tienen que ver con las reacciones de nuestro cuerpo cuando comunicamos^{11,12}. Estos son los tres tipos de elementos que intervienen en el proceso, y dependiendo de la utilización que hagamos de cada uno de ellos se estará marcando el estilo de comunicación predominante en cada una de las personas, pudiendo considerarse básicamente el estilo de comunicación inhibido o no asertivo, el estilo de comunicación agresivo y el estilo de comunicación asertivo. El estilo de comunicación asertivo es el que se considera el más adecuado para la defensa de los intereses personales y profesionales, ya que además se caracteriza por el respeto a los otros^{12,13}.

Habría que considerar por separado, por su especial relevancia en el estudio y aprendizaje de las habilidades de comunicación, las distintas posibilidades de los elementos conductuales a las que nos referimos en el párrafo anterior, considerando las conductas verbales, es decir, el contenido de lo que decimos y el tipo de lenguaje empleado; las conductas no verbales, que son aquellas en las que no interviene la palabra, como por ejemplo la sonrisa o la mirada, y por último las conductas paraverbales, que se refieren a la forma de decir las cosas, incluyéndose entre ellas el volumen de la voz, la velocidad al hablar, la entonación, etc.^{9,14,15}.

La utilización inadecuada de los elementos anteriormente indicados dará pie a que la comunicación que realicemos sea ineficaz, y por tanto disfuncional, lo que se denomina “discomunicación” (ejemplo: el interlocutor dice “A” mientras que el resto de sus conductas comunicacionales –paraverbal y/o no verbal– expresa otra cosa, incluso lo contrario, manifestándose así la no congruencia entre los factores comunicacionales, con lo que tanto el hecho como el proceso comunicacional resultan inadecuados).

Por el contrario, la eucomunicación es la comunicación adecuada, adaptativa, funcional, de calidad. Es el medio de hacer llegar el mensaje de manera clara y eficaz. Sirve para comunicar aquello que se quiere expresar bidireccionalmente, de forma adecuada y adaptativa. La relación entre sus tres componentes está bien articulada, siendo congruente y pertinente, pudiéndose potenciar el mensaje.

Ambos términos están directamente relacionados con lo

que en otros contextos más generales, al hablar de comunicación, se han denominado barreras de la comunicación^{11,12}, en el sentido de dificultar, en el caso de estar presentes, o facilitar la comunicación.

LA DISCOMUNICACIÓN Y LA EUCOMUNICACIÓN

En la discomunicación, a diferencia de la eucomunicación (comunicación eficaz y de calidad), el proceso comunicacional se convierte en disfuncional y desadaptativo. La comunicación se desarrolla de esta forma cuando en el proceso están presentes diversos factores, en especial:

1) Aspectos comunicacionales intrínsecos: errores y distorsiones, como son los cortocircuitos en la comprensión del mensaje (en los que quedan incluidos los sobreentendidos y los malentendidos), la comunicación paradójica, las interferencias en el canal comunicacional y la relación no congruente entre la comunicación verbal y la comunicación no verbal, que se ajusta a lo que previamente denominamos error de trasmisión^{16,17}.

2. Factores particulares, dependientes del:

A) Contexto (como la inadecuación del lugar, tiempo insuficiente, interrupciones, etc.). Paciente/usuario percibido por el clínico como “difícil” por su actitud (querulante, engañador, litigioso, simulador, disimulador, manipulador, obstruccionista, negativista, etc.), sus pretensiones o su sintomatología.

B) Profesional. Supone la presencia de un estilo comunicacional disfuncional: agresivo o sumiso, o de alteraciones del estilo de estrés, *burnout* y *mobbing*. También la existencia de psicopatología no tratada, deficiente preparación, tanto profesional como en habilidades sociales, incluyendo la formación comunicacional, conflictos de intereses, desconocimiento o mal manejo de los procesos transferenciales, etc.^{18,19,20}. Para prevenir y controlar la discomunicación precisaremos la adquisición y empleo de habilidades sociales de detección y el manejo de las mismas, así como de fomento, creación y mantenimiento de la eucomunicación.

En el otro extremo, la eucomunicación supone los procesos comunicacionales percibidos como eficaces y de calidad por ambos, el emisor y el receptor del mensaje.

El interlocutor o el “otro comunicacional”²¹ será tanto el paciente/usuario y su familia, como los compañeros de trabajo –clínicos y no clínicos–, la Administración y otros, lo que condicionará tanto los contenidos como las formas comunicacionales.

En cuanto a la relación con el paciente/usuario será de especial interés la adquisición y manejo de habilidades sociales^{17,22} respecto a:

1) Fomentar, crear y mantener una relación comunicacional interpersonal personalizada percibida por ambos como eficaz, de calidad y satisfactoria (eucomunicacional) mediante diferentes técnicas como la identificación y transformación de distorsiones cognitivas y la verbalización emocional.

2) Análisis psicológico de la comunicación verbal, la comunicación paraverbal y la no verbal, así como de sus relaciones tanto positivas (repetición, complementación,

acentuación, regulación, etc.), como negativas, como la contradicción.

3) Asertividad adaptada al contexto de práctica clínica en condiciones reales, en especial las técnicas de reiteración asertiva de lo más importante del mensaje y la oposición asertiva.

4) Información al paciente: tanto en su vertiente asistencial (promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento) intersubjetiva, como decisional del paciente respecto a sus derechos de libre elección y decisión adecuadamente informada: objetivar lo subjetivo.

5) Negociación, con diversidad de técnicas, incluyendo la de solución de problemas, que tiene como objetivo general ayudar a solucionar problemas, a tomar decisiones y asegurar que éstas sean lo más adecuadas posibles. El resultado de su aplicación será una mayor eficacia para enfrentarse a los problemas, así como una reducción de las posibles respuestas emocionales asociadas a éstos.

6) Afrontamiento de situaciones relacionales conflictivas, poniendo en práctica las habilidades personales de comunicación y desde posiciones comunicacionales asertivas que facilitan la solución de los conflictos.

Estos 6 tipos y áreas de aplicación de habilidades sociales no son exhaustivos y sí son generalizables adaptándolos al resto de procesos comunicacionales profesionales en los que se ve inmerso el clínico, pudiéndose aplicar también a los extraprofesionales.

CÓMO POTENCIAR LA EUCOMUNICACIÓN

Además de lo ya indicado previamente será necesario, por una parte, poder disponer de los medios necesarios para mejorar las condiciones de trabajo, tanto en lo que se refiere a las características del ambiente como a la organización del trabajo que facilite la eliminación de estas dificultades. Por otra parte, de forma complementaria en ocasiones y otras integradas en las habilidades sociales ya indicadas, con relación al “actor” de la comunicación, presentamos a continuación la forma de afrontar, a nivel individual y personal, los distintos aspectos que dificultan la ejecución adecuada de los roles de emisor y receptor.

Técnicas de autocontrol

Con referencia a las técnicas de autocontrol que consideramos más adecuadas para contribuir a mejorar las habilidades de comunicación seguidamente nos referiremos al entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson, a las técnicas de visualización y a las técnicas de parada y cambio de pensamiento, aunque previamente será preciso hacer una referencia a la evaluación personal que es conveniente considerar antes de la aplicación de las mencionadas técnicas.

Al margen de que la utilización de estas técnicas puedan considerarse beneficiosas en general, tendrán especial sentido si la persona que las va a emplear previamente evalúa cuáles son las dificultades que experimenta a la hora de comunicar, así como las circunstancias en que estas dificultades se producen. En definitiva, la evaluación pretende hacernos conscientes de lo que nos sucede de cara a

poderlo controlar o cambiar con posterioridad. Para proceder a la misma se empleará lo que se denominan “registros”, que suponen que la persona después de enfrentarse a diversas situaciones recoge información sobre las mismas y sobre sus reacciones a los tres niveles de análisis a los que ya nos hemos referido anteriormente: el conductual, el fisiológico y el cognitivo.

La técnica de la relajación muscular progresiva (técnica de Jacobson), es una técnica sencilla cuyo aprendizaje pasa por la contracción y distensión de una serie de grupos musculares paulatinamente menor (cada vez la práctica es más rápida), que nos permitirá, después de un cierto tiempo de práctica el aprendizaje de distintas utilidades^{23,24}. Por una parte, nos ayudará a reconocer nuestros estados de tensión y relajación, permitiéndonos inducir las sensaciones físicas de relajación muscular; por otra parte nos facilitará la relajación de “la mente”, en el sentido de que aprendemos a concentrarnos en las sensaciones que experimentamos al relajarnos, evitando de esta forma otros pensamientos incómodos o molestos, con lo que nos permite actuar también en el ámbito cognitivo, además del fisiológico.

Dentro de lo que se consideran técnicas cognitivas encontramos de fácil aprendizaje la visualización y la parada y cambio de pensamiento^{25,26}. La técnica de la visualización está encaminada a poder entrenar situaciones de comunicación previamente a que sucedan, en nuestra imaginación, asegurándonos de obtener buenos resultados y actuar adecuadamente, todo ello con ayuda de la relajación. Su utilización permite entrenar situaciones conflictivas previamente a que se produzcan, con lo que, posteriormente, a la hora en que realmente tengan lugar mejoremos nuestra actuación.

La parada y cambio de pensamiento es otra de las técnicas que podemos emplear para actuar a nivel cognitivo. Con ella, como su nombre indica, aprendemos a interrumpir las cadenas de pensamientos desadaptativos y a sustituirlos por otros más adecuados que favorecen una adecuada resolución de las situaciones conflictivas.

La escucha activa

La escucha activa consiste en atender a la totalidad del mensaje que se recibe, es decir, prestar atención no sólo a lo que se dice (el contenido) sino también al “cómo se dice”, fijándose en los elementos no verbales y paraverbales. Para que exista “escucha activa” es preciso que demos interés por lo que se nos dice, lo que se suele hacer mediante movimientos afirmativos de cabeza y palabras del estilo de “sí... sí”, “ya veo”, etc., además de parafrasear las palabras de nuestro interlocutor y resumir y confirmar las afirmaciones de quien nos transmite el mensaje^{9,14,25}.

La utilización de la escucha activa nos ayudará no sólo a mejorar la calidad de la comunicación, sino que, aunque parezca paradójico, escuchar nos hará mejores comunicadores sin necesidad de tener que utilizar las palabras, y más apreciados interlocutores¹². Con la escucha activa demostramos mayor interés por nuestros interlocutores y por sus problemas y circunstancias, resolvemos las situa-

ciones tensas y disponemos de más tiempo para pensar argumentos y soluciones.

CONCLUSIONES

La relevancia de los procesos comunicacionales en el ámbito de la práctica clínica fundamenta la pertinencia de la adquisición de habilidades y destrezas comunicacionales, tanto en pregrado, en especial en las asignaturas de índole psicológica, como en posgrado (máster, programas de doctorado y especialización) y formación continuada²⁷. Consideramos que el conocimiento de estas habilidades, además de otras muchas relacionadas con las nuevas tecnologías, deben formar parte de la formación de los médicos para que les facilite asegurar una competencia profesional adecuada a la sociedad actual.

Respecto a la especialización, señalaremos, a título de ejemplo, que la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, en el nuevo Programa de formación teórico-práctica²² (20-11-2002) recoge explícitamente la comunicación entre las competencias no clínicas: “Comunicación. Entrevista clínica. Relación médico-paciente”. Igualmente, el tema comunicación queda implícito directamente en la competencia “Habilidades sociales: abordaje de problemas, resolución de conflictos, negociación, toma de decisiones”, e indirectamente en otro tipo de competencias como “Educación para la salud” y otras, incluyendo las competencias clínicas, como es el caso de “Salud mental”.

En este trabajo hemos querido transmitir la idea, por suerte cada vez más compartida^{1,28}, de que las habilidades de comunicación resultan básicas de cara al ejercicio de cualquier actividad sanitaria, pues son las que permiten la aplicación de los conocimientos conceptuales o técnicos a través de la relación con el paciente o usuario. Además, se pueden aprender y mejorar con relativa facilidad siempre y cuando se utilicen los recursos disponibles para ello; éstos consisten (además de aprender los conocimientos teóricos sobre la forma más adecuada de comunicar) en eliminar, en la medida de lo posible, esas barreras a las que nos hemos referido y que dificultan el proceso. Para ello son fundamentales dos de los recursos con los que contamos: las técnicas de mejora del autocontrol y la escucha activa. Las primeras son técnicas sencillas con las que obtendremos buenos resultados siempre que las practiquemos de forma adecuada durante el tiempo suficiente, cuya utilización permite a todas las personas que se aproximan a ellas mejorar su capacidad de autocontrol, y en consecuencia, sus habilidades de comunicación, favoreciendo la presencia de un estilo de comunicación asertivo, que es aquel que permite la comunicación más adecuada y precisa en un contexto de respeto mutuo y unas relaciones interpersonales más satisfactorias.

Por su parte, la “escucha activa”, en nuestra opinión, constituye uno de los mejores recursos que podemos utilizar para mejorar nuestras habilidades de comunicación, contribuyendo especialmente a mejorar la calidad de las mismas y a que resultemos un interlocutor agradable para los demás.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Marín J. Psicología social de la salud. Madrid: Síntesis, 1995.
2. Kelly JA. Entrenamiento de las habilidades sociales. Bilbao: DDB, 1987.
3. Caballo V. Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid: Siglo XXI, 1993.
4. Fuertes JC, Martínez O, Daroca A, de la Gándara JJ. Comunicación y diálogo. Manual para el aprendizaje de habilidades sociales. Madrid: Cauce editorial, 1997.
5. Ballester R, Gil MD. Habilidades sociales. Madrid: Síntesis, 2000.
6. Engholm O. Los médicos como conferenciantes –y las conferencias de los médicos. Ballerup: Leo Pharmaceutical Products, 1994.
7. Molina F, Martínez MT, Sánchez F. ¿Cómo hablar en público a pesar de ser médico? Biblioteca básica Dupont Pharma para el médico de Atención Primaria. Barcelona: Doyma, 1996; p. 71-94.
8. Hall GM. How to present at meetings. London: BMJ Books, 2001.
9. Saavedra J. Comunicación no verbal en medicina de familia. Madrid: Fundación Semergen, 2002.
10. De la Gándara J, Fuertes JC. El arte y la técnica de la comunicación eficaz en la práctica sanitaria. Madrid: Pfizer S.A., 1999.
11. Van-der Hofstadt CJ. Habilidades de comunicación aplicadas (Guía para la mejora de las habilidades de comunicación personal). Valencia: Promolibro, 1999.
12. Van-der Hofstadt CJ. El libro de las habilidades de comunicación. Madrid: Díaz de Santos, 2003.
13. Castanyer O. La asertividad: Expresión de una sana autoestima. Bilbao: DDB, 1996.
14. Llacuna J. La comunicación no verbal (I): ¿cómo interpretar los gestos de nuestro interlocutor? FMC 2000;9:576-87.
15. Llacuna J. La comunicación no verbal (II): Recursos para el profesional sanitario. FMC 2000;7(10):680-9.
16. Rojí MB. La entrevista terapéutica: Comunicación e interacción en psicoterapia. Madrid: UNED, 1991.
17. Navarro-Cremades F. Habilidades en Atención Primaria: La Entrevista Clínica. Alicante: SM-Semergen, 1999.
18. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician Gender Effects in Medical Communication. JAMA 2002;288:756-64.
19. Skelton JR, Hobbs FD. Descriptive study of cooperative language in primary care consultation by male and female doctors. BMJ 1999;318:576-9.
20. Gil V, Belda J, Llinares V, Navarro Cremades F, Merino J. Entrevista médico-paciente: Empatía. Medicina Preventiva Clínica: Modificación de hábitos de vida. Madrid: Pharma Consult Services, 1999; p. 3-18.
21. Navarro Cremades F, Limonero JT. Comunicar malas noticias. En: Merino J, Gil V, editores. Salud Mental. Barcelona: Doyma, 1998; p. 100-7.
22. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: CNE, 2002.
23. Bernstein DA, Borkovec TD. Entrenamiento en relajación progresiva. Bilbao: DDB, 1983.
24. Cautela JR, Groden J. Técnicas de relajación (Manual práctico para adultos, niños y educación especial). Barcelona: Martínez Roca, 1985.
25. Davis M, McKay M, Eshelman ER. Técnicas de autocontrol emocional. Barcelona: Martínez Roca, 1985.
26. McKay M, Davis M, Fanning P. Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. Barcelona: Martínez Roca, 1985.
27. Bonal P. Nuevos retos en la formación de residentes de medicina de familia. FMC 1999;6(4):218-22.
28. Myerscough PR, Ford M. Hablando con pacientes. Claves para una buena comunicación. Barcelona: Ediciones Mayo, 2001.