

### La motivación. El proyecto "EMPATÍA": Entrevista y Mediación con el Paciente: Técnicas de Interacción y Ayuda

- **AUTOR:**

Carlos Ongallo Chanclon  
Instituto para el Desarrollo de la Comunicación en las Organizaciones (INDEC)

- **INTRODUCCIÓN:**

La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente es un aspecto que a veces pasa desapercibido para unos y otros, pero que supone para el profesional de la salud un mecanismo extraordinario para conseguir varios fines:

- Con un buen nivel de comunicación, el profesional de la salud puede lograr que el paciente pueda describir con exactitud sus síntomas y necesidades.
- Mediante la aplicación de técnicas sencillas durante la Entrevista Clínica, el médico puede mejorar la CALIDAD de la comunicación, con lo que se establecerá una mejor relación, con el objeto final de recuperar la salud del paciente.
- El profesional de la salud puede mejorar su asertividad, y actuar de forma correcta en diversas circunstancias que se le presenten (pacientes hiperfrecuentadores, comunicación de malas noticias, trato a los acompañantes del enfermo...).

El Equipo EMPATÍA (Entrevista y Mediación con el Paciente: Técnicas de Interacción y Ayuda), surge inicialmente en 1999 como respuesta al escaso cumplimiento farmacológico detectado entre los pacientes españoles. Mediante sesiones grupales, la mejora de las técnicas de comunicación por parte del médico, debidamente utilizadas, pueden mejorar notablemente la relación con el paciente.

Este equipo esta integrado por médicos, pedagogos, psicólogos y expertos de distintas organizaciones: Universidad de Extremadura, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Indec, Consultores Españoles, Universidad de San Antonio (Murcia) y Adetica, que ponen en común sus conocimientos y experiencia.

A lo largo de estos años se ha trabajado con el Insalud, laboratorios, universidades, escuelas de enfermería y centros sanitarios de toda España. Algunos de los resultados obtenidos han sido publicados en congresos internacionales. Un total de 2.000 profesionales de la salud han seguido estos cursos, que suponen una oportunidad para mejorar las técnicas de comunicación, y mejorar, e suma la calidad de la relación con los usuarios, clave para una rápida recuperación de la salud.

En Extremadura se ha pretendido trasladar a los profesionales asistentes al mismo, varias técnicas de mejora de la comunicación con sus pacientes, de una forma sencilla y eficaz, basada en la experiencia contrastada durante dos años y más de 2.000 profesionales.

#### 2. ¿POR QUÉ MEJORAR LA COMUNICACIÓN?

La comunicación es uno de los más influyentes, importantes y complejos aspectos de la conducta. La capacidad del ser humano para comunicarse con sus semejantes a un nivel superior es una de las diferencias radicales con el resto de las especies. El día a día está lleno de hechos en los que la comunicación desempeña un papel motor, y no sólo instrumental, de la existencia humana.

La comunicación es, ante todo, un proceso de intercambio, que se completa o perfecciona cuando se han superado todas las fases que intervienen en el mismo. Como muchos



procesos, el de la comunicación puede ser interrumpido en cualquiera de sus fases o suspendido, en función de una serie de factores desencadenantes de unas u otras reacciones. En tales casos, establecemos que la comunicación no ha sido completa hasta que se haya reactivado el proceso previamente en suspenso o se haya reiniciado un nuevo proceso que sustituya al anterior.

En la relación con el usuario, la comunicación es un factor clave para reconocer con objetividad: a) Los síntomas y b) Los signos del paciente, y de este modo realizar una buena anamnesis o historia clínica.

La formación en estas habilidades persigue que los profesionales sanitarios:

- Hayan comprendido la importancia de la comunicación con el paciente como proceso de intercambio de información.
- Conozcan los procesos básicos que se siguen en la comunicación humana.
- Determinen las barreras que existen en la comunicación con sus pacientes.
- Desarrollen habilidades explícitas de comunicación que optimicen la relación con sus pacientes en aras de conseguir el objetivo principal de la entrevista: recuperar la salud del usuario.

### 3. TEORÍAS DE COMUNICACIÓN HUMANA EN EL PROCESO DE COMUNICACIÓN CON EL USUARIO

Mailhiot postula que la comunicación humana no existe en verdad sino cuando entre dos o más personas se establece un contacto psicológico. No basta que seres con deseos de comunicación se hablen, se entiendan o incluso se comprendan. La comunicación entre ellos existirá desde que y mientras que logren encontrarse.

La comunicación no verbal basa su campo de acción en el lenguaje corporal, que los estudios constatan que tiene su origen en la misma raíz psíquica: un aborigen australiano, salvando las diferencias de matiz, expresa las emociones básicas de manera similar a como lo haría un broker de Wall Street (Borrell, 1988; Ekman, 1973). Las expresiones no verbales son muy importantes a la hora de captar las reacciones no controlables del paciente e interpretarlas.

Comunicar es intercambiar. De hecho, en sentido estricto, comunicar es entregar a alguien algo propio, por lo general, una información. Los significados más utilizados del vocablo comunicación, en los términos del lenguaje coloquial, pueden ser los siguientes:

- a) Proceso según el cual un emisor transmite una información a un receptor.
- b) Relación interhumana según la cual dos o más individuos pueden entenderse.

La comunicación supone entonces el diálogo, lo cual implica que cada uno de los interlocutores acepta al otro como persona diferente y autónoma.

Más concretamente, la comunicación con el paciente está orientada a finalmente a la SALUD del paciente; para ello es conveniente seguir las siguientes pautas:

- 1) Se debe comenzar por recoger los datos que el usuario dice, lo que transmite.
- 2) Una vez hecho acopio de los datos transmitidos o sugeridos por el paciente, el profesional de la salud debe determinar qué camino es el más beneficioso para un tratamiento concreto.

Cuando el profesional de la salud transmite un mensaje al paciente: "Usted debe dejar de fumar", está actuando como emisor, a través de un medio o canal (lenguaje verbal), y mediante un código determinado de palabras COMPRENSIBLES para el receptor.

Cuando el médico emite un mensaje: "debería usted caminar más", está emitiendo un mensaje mediante la voz (canal), hacia un receptor (el usuario). Este proceso se establece en un ambiente o entorno y mediante una sucesión de acontecimientos más o menos ritualizados.

Por tanto, comunicación es un proceso de transmisión por parte de un emisor a través de un medio, de estímulos sensoriales con contenido explícito o implícito, a un receptor, con el fin de informar, motivar o influir sobre el mismo. Para que exista comunicación deben

existir, al menos, dos o más sujetos, intercambiándose alternativamente los papeles de emisor-receptor. El profesional de la salud actuará como emisor cuando solicite información, prescriba, recomiende o sencillamente transmita cualquier información o valoración a su paciente. Por su parte, el paciente emite asimismo mensajes y actúa como emisor en el proceso, al informar, preguntar, expresar sus sentimientos o inquietudes y aportar cualquier otra información o valoración al médico.

El emisor o fuente, que puede coincidir o estar encarnado en individuos o entes diferentes, posee unas habilidades comunicativas, un saber hacer o aptitudes para la comunicación determinadas, un sistema de estímulos hacia el proceso comunicativo (actitudes), un conocimiento del contenido de la información, lenguaje, metalenguaje y codificación utilizada, así como la inmersión en un sistema social y en una cultura que también intervienen en el proceso e influyen en la naturaleza misma del mensaje y en las reacciones que éste provoca. Posteriormente, Treece y Kleen (1998:18-21) confirman esta división e inciden en el componente de metalenguaje.

La fuente coincide conceptualmente con el emisor del mensaje. El autor citado trata por igual los conceptos de fuente y emisor, siendo así en muchos casos, pero difiriendo en otros tantos. Un ejemplo de disociación emisor-fuente puede ser la instrucción de un directivo a un subordinado de que envíe una comunicación escrita (carta, memorando, nota interna) a todo un departamento. ¿Quién ha originado la comunicación?, ¿quién la envía realmente y actúa como emisor de facto de dicha comunicación?

Respecto al canal, pueden establecerse dos tipos:

1. Por una parte existen los canales físicos de comunicación, que son aquellos soportes pensados para transmitir directamente a los individuos la información. En este sentido, a nosotros nos van a interesar todo tipo de soportes, avisos, notas. Desde un cartel anunciando un cambio de hora de la consulta hasta una octavilla con el tratamiento para un usuario. Los canales físicos permiten transmitir y asegurar un mínimo de información.

2. Por otra parte están los canales personales de comunicación, en donde la entrevista médica es la herramienta destacada que se verá en las líneas siguientes.

La comunicación no es únicamente la información y, si con frecuencia se confunden los términos, se debe a la estrecha relación que existe entre ambos. No se comunica al vacío, sino para transmitir un mensaje.

El acto de informar implica necesariamente comunicación, al menos unilateralmente y, siempre que sea posible, existirá una información de retorno, que, como se verá más adelante, indicará al emisor que su mensaje ha sido entendido y, en el mejor de los casos, inducirá un diálogo.

Una buena relación con el paciente es fundamental en el éxito de todo tratamiento. Un paciente que confía en el profesional de la salud siempre va a hacer caso del tratamiento prescrito y a las recomendaciones que éste le va a transmitir.

En ese sentido, el referido diálogo es fundamental para recuperar la salud, pues uno de los determinantes de la misma es el estilo de vida: alimentación, ejercicio, hábitos, que pueden ser conocidos y corregidos a través de una adecuada relación con el paciente.

Un apoyo psicológico del facultativo hacia el paciente es muy importante para la recuperación del mismo. En palabras de Laín, "la relación con el paciente es una relación amistosa, médicamente amistosa". En ella se encuentran todos los componentes de la amistad, aunque se dice que es "médicamente amistosa" porque tiene las limitaciones de una relación profesional.

En los primeros tiempos de la medicina, desde Aristóteles, hasta el siglo XVI, el médico tenía la auctoritas, la autoridad. La relación con el paciente era jerárquica y el enfermo tenía la obligación de obedecer. El paciente "se sometía" al médico.

En la actualidad, se ha evolucionado hacia una relación horizontal en la que el médico

transmite, informa, y el paciente decide entre diversas opciones terapéuticas.

Watzlawick (1967) estableció cinco axiomas básicos de la comunicación:

Uno: Un individuo no puede no comunicar. No existe la no comunicación. Este axioma asegura que toda conducta es por sí, comunicativa. Este axioma es constantemente citado en muchas obras de comunicación. En cualquier momento de la conversación con el paciente, se está comunicando algo, ya sea por acción o por "omisión" (silencios, gestos, tipos de preguntas o aclaraciones)

Dos: El autor postula que toda comunicación tiene un contenido y un aspecto relacional denominado metacomunicación. Es decir, que cuando dos individuos están manteniendo una comunicación, se está produciendo simultáneamente una comunicación de actitudes, formas, modos de expresión y lenguaje no verbal.

Tres: Las unidades o sintagmas de la comunicación no son una suma de elementos aislados. El orden, la secuencia de las unidades comunicativas, es muy importante a la hora de fijar el contexto y el resultado de la propia comunicación.

Cuatro: Los seres humanos pueden comunicarse de formas analógica y digital. Los códigos digitales son relativamente arbitrarios, es decir, que un signo (o código) digital es utilizado para representar un referente que no tiene una relación intrínseca con el propio signo. Otra característica de los códigos o signos digitales es que son discretos (no continuos): Son activos o inactivos (susceptibles únicamente de una situación, on/off). El código digital más usual en los procesos de comunicación humana es el lenguaje. Por su parte, el código analógico no es arbitrario (el caso de una radiografía, por ejemplo), teniendo relación intrínseca con el significado al que representa. Además, el código analógico es frecuentemente más continuo que discreto: existen gradaciones en su intensidad o duración.

Cinco: Este axioma expresa la diferencia entre los conceptos de interacción simétrica y complementaria. Las interacciones simétricas son aquellas que reflejan un mismo nivel de comunicación entre los agentes de la misma: un profesional dialogando con un colega, los empleados de una empresa durante una reunión o cualesquiera agentes comunicativos relacionándose de forma simétrica. Por el contrario, una relación entre dos personas con distintos niveles (superior-subordinado) tiende a ser complementaria.

Para muchos autores, la relación que se da entre el profesional sanitario y el paciente es jerárquica. Aquél dirige la conversación, orienta y da la palabra al paciente para que informe y explique sus síntomas, y trata de pedir aclaraciones a éste sobre matices de la información o hábitos del usuario.

Por ello, es absolutamente necesario que el usuario se sienta cómodo en un medio que no controla y ante el que suele sentirse a disgusto, lo que agrava su situación y acentúa su estrés. La comunicación desempeña en este caso un efecto catalizador de la tensión del usuario hacia la comunicación positiva.

#### 4. CÓMO DEBE TRANSMITIRSE LA INFORMACIÓN AL PACIENTE

Es indispensable despejar las características esenciales de la información que se transmite al paciente y sus cualidades exigibles. Hay que insistir en que es muy importante guardar las formas de la comunicación, y para ello conocer cómo debe ser la información.

##### 4.1. Sinceridad

La sinceridad exige ciertas puntualizaciones. Se trata, en efecto, de una característica fundamental pero que, adaptada a la consulta médica, necesita completarse con otras dos cualidades:

a) La información sincera es aquella que no se recorta: La verdad parcial no es una verdad; el diagnóstico sesgado no informa. Por tanto, a la noción de verdad hay que asociar la noción de plenitud del diagnóstico en cuestión. Y, cuando el mismo no pueda ser tratado en su totalidad, es conveniente explicar los motivos que impiden desarrollar la información.

b) La información sincera es aquella cuya recepción está controlada. El profesional de la salud debe asegurarse de que la información ha llegado a su destinatario. No están de más preguntas como: ¿me he explicado bien?. ¿ha comprendido usted el tratamiento?

#### 4.2. Permanencia

Es evidente que la información sólo tiene valor si es actual, si corresponde a un acontecimiento próximo, si puede ser situada en un contexto y un proceso determinados. Toda acción de información ha de tener en cuenta estos imperativos, sobre todo considerando que las interrupciones siempre serán interpretadas como una manifestación del deseo de no informar.

También es necesario mantener un estado de espíritu que permita, ante un hecho excepcional o inusual, traducirlo inmediatamente para informar a quienes deba o pueda interesar.

#### 4.3. Comprensibilidad

Es preciso que la información recibida pueda ser "asimilada", es decir, transformada en datos útiles para el receptor. Al respecto, la información ha de cumplir dos requisitos:

a) La información ha de adaptarse a cada nivel. Ha de ser transmitida en un estilo y una forma que se adapten a las capacidades de recepción e interés real del usuario.

b) Es necesario dosificar minuciosamente la información. El exceso de noticias y detalles tiene el doble inconveniente de ocultar lo verdaderamente importante, al añadirle elementos superfluos o secundarios, y de ocasionar, tanto para los emisores cuanto para los transmisores, una excesiva preocupación por parte del paciente, o un clima poco favorable para la recuperación.

#### 5. BARRERAS A LA COMUNICACIÓN

Cuando la comunicación se establece mal o no se establece en absoluto, resultan ciertos fenómenos derivados de la misma, entre los que se encuentran:

- a) Bloqueo: la comunicación es completamente interrumpida.  
b) Filtración: Se comunica parte de lo que los interlocutores saben, piensan o experimentan.

#### CUATRO FORMAS DE BLOQUEAR LA COMUNICACIÓN:

1. Ambigüedad de las informaciones.
2. Transferencias: el paciente transfiere al profesional de la salud sentimientos o síntomas de anteriores personas de referencia, o viceversa.
3. Proyección de los sentimientos propios en el otro.
4. Estereotipia. Los comunicados no se dirigen personalmente a los individuos, sino que se deducen a partir de una determinada imagen que se tiene del grupo con la que uno o varios individuos concuerdan en algunos puntos.

Los bloqueos a la comunicación parecen comprometer menos la evolución de la misma que las filtraciones, ya que en el caso de filtración, y dado que la comunicación subsiste mientras que la confianza disminuye, dicha filtración tiene tendencia a ir acompañada cada vez de más reticencias y restricciones mentales y a degradarse así y a degenerar en intercambios de mensajes cada vez más ambiguos y equívocos.

Los prejuicios falsean las comunicaciones, tendiendo a cristalizar y convertirse en permanentes.

#### 6. EL RESPONSABLE DEL EQUIPO

Sus funciones son las siguientes en un equipo de trabajo:

- Explicitar las normas que se derivan de la organización adoptada, verificar su cumplimiento y detallar cuáles son las tareas y materiales necesarios que requieren éstas, así como las características de trabajo.
- Organizar los grupos, el espacio y los materiales en función del trabajo cooperativo.

- Motivar a los miembros del equipo, así como mantener claros los principios de la organización en la que desempeñan su trabajo.
- Prever tareas complementarias a la actividad principal. Este punto puede llegar "más allá": el coordinador del equipo debe saber anticiparse a los acontecimientos y saber prever los nuevos cambios y coyunturas.

- **BIBLIOGRAFÍAS:**

ANDER-EGG, E. (1985). Técnicas de reuniones de trabajo. Alicante, Humanitas.

FILLEY, Alan C. (1990). Solución de conflictos interpersonales. México, Trillas.

FORMAN E.A. y C.C. CAZDEN (1984): Perspectivas vygotskianas en la educación: el valor cognitivo de la interacción entre iguales. *Infancia y Aprendizaje*, nº. 27-28, pp. 139-157.

GUIOT, J. M. (1985). Organizaciones sociales y comportamientos. Barcelona, Herder.

HARE, A. P. (1982). Creatividad y grupos pequeños. Madrid, Pirámide.

HUICI, C. (1985). Estructura y procesos de grupo. Volumen II. Madrid, Universidad Nacional de Educación a Distancia.

GILLY, M., A. BLAYE y J.P. ROUX (1988). "Elaboración de construcciones cognitivas individuales en situaciones sociocognitivas de resolución de problemas". En Mugny, G. y J.A. Pérez, op. cit., pp. 139-165.

GOOSSENS, F. (1987). Técnicas de discusión y negociación. Barcelona, Plaza & Janés.

JOHNSON, R.T. y D.W. JOHNSON (1978). "Cooperative, competitive and individualistic learning." *Journal of Research and Development in Education*, nº12, 1, pp. 3-15.  
(1985): Student-student interaction: ignored but powerful. *Journal of Teacher Education*, jul.-ag., pp. 22-26.

MUCHIELLI, R. (1984). Preparación y dirección eficaz de las reuniones. Madrid, Ibérico Europea.

MUGNY, G. y W. DOISE (1983): La construcción social de la inteligencia. Trillas, México.

MUGNY, G. y J.A. PÉREZ (eds.) (1988): Psicología social en el desarrollo cognitivo. Antrophos, Barcelona.

ONGALLO, C. (1999). Aspectos generales de la comunicación médico-paciente. Madrid, Pharma Consult Services.

ODIONE, G. S. (1990). El lado humano de la Dirección. Dirección por integración y autocontrol. Madrid, Díaz de Santos.

PAPIN, R. (1985). El libro del dirigente profesional. Madrid, Ciencias de la Dirección.

PETIT, F. (1984). Psicología de las organizaciones. Barcelona, Herder.

SANTOS, M. A. (1991). "La controversia constructiva en el trabajo escolar: un recurso de intervención pedagógica y de motivación educativa." *Educación y Sociedad*, nº9, pp.119-141.

SHAW, M. E. (1989) Dinámica de grupos (Psicología de la conducta de los pequeños grupos). Barcelona, Herder.

TOUZARD, H. (1980). La mediación y solución de conflictos. Barcelona, Herder.



06

# VIII Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios

VROOM, V.H. (1990). El nuevo liderazgo. Madrid, Díaz de Santos.

VV. AA. (1989): "Estrategias y técnicas de aprendizaje

