



# PRONAP 2002

Programa Nacional de Actualización Pediátrica

## Habilidades de comunicación

*Dr. Alberto E. Alves de Lima*

## Síndrome de X Frágil

*Dra. María del Valle Torrado*

## Adenomegalias

*Dr. Roberto Rocco*

## Procesamiento Didáctico:

*Lic. Amanda Galli*

*Lic. Claudia Castro*



# capítulo 1

# Habilidades de comunicación



## Introducción

En este capítulo, cuando hablamos de la comunicación entre el médico y el paciente, nos estamos refiriendo, casi siempre a más de dos personas. El médico, el niño, la niña o el adolescente y su madre, su padre o ambos (a veces también abuelas, tías). Es muy importante valorar la comunicación con el paciente pediátrico, observando todos los indicios comunicacionales desde que nace y luego estableciendo gradualmente, a partir de que el niño comienza a hablar, la comunicación verbal con él o ella. Muchas veces los pediatras instalan, por la imposibilidad que tiene un recién nacido de hablar, esta comunicación con sus padres. A medida que pasa el tiempo, será necesario revisar esta práctica con la intención de involucrar al paciente pediátrico en la comunicación. Preguntarle, dejarlo hablar, escucharlo, etc.

El desarrollo de las habilidades comunicacionales se puede ver facilitado por el hecho que los pediatras tienen un número importante de consultas con niños sanos. Los controles habituales de salud generan un clima diferente en la consulta que si se tratara de niños con síntomas, con dolor, con padres preocupados, etc.

La comunicación entre el médico y el paciente es un acto central de la práctica clínica. Es una habilidad que se aprende y no un mero problema de personalidad. Los médicos desarrollamos mas de 200.000 consultas durante nuestra vida profesional.

***Una comunicación efectiva mejora la satisfacción del paciente, mejora la comprensión y la adherencia a las estrategias terapéuticas implementadas. Esto afecta favorablemente la calidad de nuestra atención médica.***

No se trata de ser agradable o amable se trata de producir un contacto efectivo que mejorará el pronóstico de nuestros pacientes. Una comunicación eficiente es el nexo entre la medicina basada en la evidencia y el trabajo en terreno real de todos los días. Las habilidades de comunicación son uno de los cuatro elementos esenciales (junto al conocimiento, la capacidad de resolver problemas y la capacidad de efectuar un adecuado examen físico) de la competencia clínica.

Es importante tener en cuenta las siguientes premisas:

- La comunicación es una habilidad que se aprende por lo que necesita ser enseñada.
- La enseñanza debe ser eficiente.
- Las estrategias de enseñanza de las habilidades de comunicación son diferentes en relación con otras materias. Saber como enseñar pediatría no necesariamente habilita al docente a enseñar habilidades de comunicación.
- Docentes y directores de residencias deben saber "qué" y "cómo" enseñar habilidades de comunicación.



**Dr. Alberto E. Alves de Lima**

- Médico cardiólogo. Jefe de unidad coronaria.
- Director de Capacitación Instituto Cardiovascular de Buenos Aires.
- Miembro de la Sociedad Argentina de Cardiología.
- Miembro fundador de la Sociedad Argentina de Investigación y Desarrollo de la Educación Médica (SAIDEM).
- Masters of Health Professions Education Maastricht University. The Netherlands.

- La enseñanza debe basarse en la evidencia. La experiencia personal como única evidencia puede no ser siempre la mejor escuela.

### ¿Por qué es importante estudiar habilidades de comunicación?

La entrevista médica es un acto central en la práctica clínica. Es un período variable de tiempo, escaso en general, que el médico utiliza para ayudar a su paciente. Si bien cada entrevista puede ser considerada una de muchos encuentros de rutina, para el paciente puede ser el evento más trascendente de esos días.

Existen múltiples problemas de comunicación entre médicos y pacientes. Más del 50% de los pacientes consideran que sus problemas no son resueltos durante la consulta. El médico interrumpe al paciente precozmente dificultando la expresión de las necesidades de su paciente. Existe un concepto de entrevista centrada o dirigida por el médico cuyo objetivo fundamental es la recopilación de datos clínicos sin tener en cuenta las expresiones del paciente. Los médicos raramente permiten a sus pacientes expresar libremente sus ideas, es más, mayormente inhiben que se expresen. Generalmente el médico provee escasa información y sobrestima el tiempo que dedica a la explicación y planificación de las estrategias a implementar.

Existe un desacuerdo además en relación con el tipo de información impartida; mientras los pacientes prefieren discutir sobre el pronóstico y el diagnóstico de su problema, el médico hace en general mayor hincapié en el tratamiento y en particular a la terapia con drogas. Los médicos suelen hablar con palabras muy técnicas no comprensibles por el paciente provocando serios problemas de comprensión de la información generada. Esta práctica es particularmente desfavorable cuando nos comunicamos con niños, niñas o adolescentes. El pediatra deberá tener en cuenta el nivel de desarrollo evolutivo del paciente que está en la entrevista y adecuar el mensaje al mismo.

Existe una relación entre la falta de comprensión y la falta de adherencia a los tratamientos implementados. Los estu-

dios son consistentes en mostrar que el 50% de los pacientes no toman los medicamentos ni cumplen las prescripciones médicas sugeridas. La falta de adherencia a los tratamientos tiene una gran implicancia en términos económicos. Desde un punto de vista médico-legal, la fractura de la comunicación entre el paciente y el médico es un factor desencadenante de litigios legales.

En un estudio en el que se analizaron demandas por mala praxis médica, en un 70% de los casos se presentaban cuatro problemas de comunicación: abandono de paciente; dar información inadecuada, insuficiente o incorrecta; menospreciar el punto de vista del paciente y falta de comprensión de la perspectiva del paciente, tanto en su deseos como en sus preocupaciones como persona.

Existe evidencia que desarrollar habilidades de comunicación puede mejorar la situación antes descrita. A mayor tiempo de exposición verbal del paciente, mayor será la posibilidad del médico para identificar el problema y las necesidades del paciente. La utilización de preguntas abiertas y una postura atenta con la mirada firme a los ojos del paciente facilita la expresión de los problemas. La satisfacción del paciente está directamente relacionada con la cantidad de información que el paciente percibió, que recibió de su médico. El hacer a los pacientes repetir con sus palabras lo que entendió de la información que le transmitimos, es de gran utilidad.

Los médicos pueden aumentar significativamente la adherencia de sus pacientes a los tratamientos a través de la reflexión de su propia enfermedad es decir, de la información que él tiene de ésta, sus creencias, deseos y preocupaciones. Los pacientes que son vistos como pares, adecuadamente informados en relación con la racionalidad de sus tratamientos son más adherentes a los tratamientos implementados.

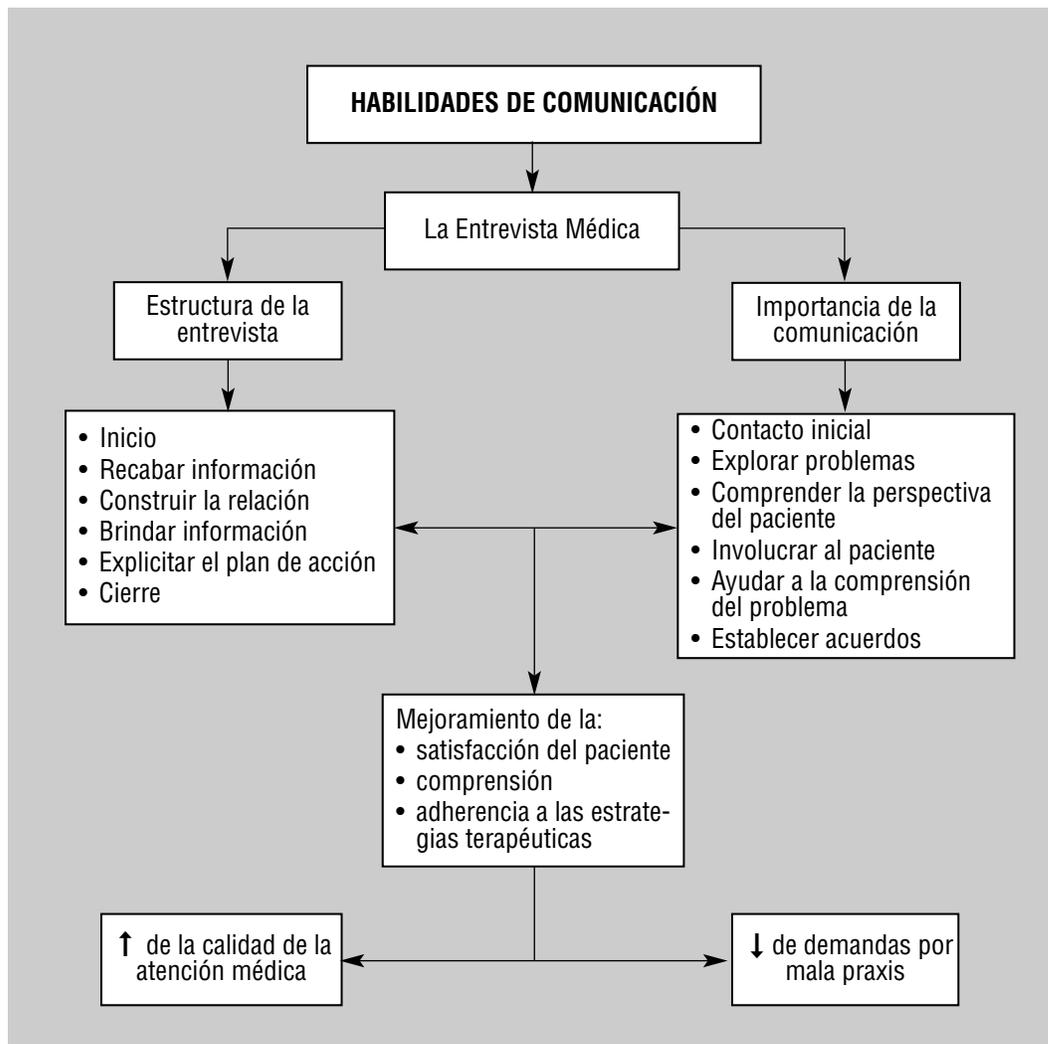
La comunicación en medicina es una habilidad que se aprende. La experiencia por sí sola puede ser una mal maestro. Inclusive los médicos tienden a adoptar un modelo y lo repiten sistemáticamente con todos los pacientes.

## Objetivos

*Esperamos que al finalizar el trabajo con este capítulo Ud. sea capaz de:*

- Comprender que las habilidades de comunicación pueden ser aprendidas o mejoradas a través de un adecuado entrenamiento.
- Entender la comunicación como un proceso complejo en el que intervienen múltiples elementos.
- Identificar los principales problemas que pueden surgir, para el paciente y para el médico, si se establece una comunicación inadecuada.
- Valorar la entrevista médica como una instancia privilegiada para el establecimiento del vínculo con el paciente.
- Reconocer los pasos de una entrevista médica revisando los diferentes procesos involucrados en cada momento.
- Reflexionar sobre sus propias prácticas comunicacionales para intentar optimizarlas.

## Esquema de Contenidos



## Ejercicio

## 1

*Antes de comenzar a trabajar con este capítulo, le solicitamos que reflexione unos momentos sobre su propia práctica profesional.*

1. Indique la frecuencia con que Ud. realiza las siguientes acciones:

	Siempre	Casi Siempre	Rara vez	Nunca
Antes de iniciar una consulta, apago el celular, el beeper y/o solicito que no me pasen llamados.				
Antes de hacer pasar al paciente y/o a la familia, leo la HC o la ficha individual de ese paciente.				
Saludo, incorporándome, dando la mano y mirando a la cara.				
Si es la primera consulta con ese niño, me presento y solicito a los padres que se presenten.				
Pregunto por el motivo de consulta, formulando preguntas abiertas, escuchando sin interrumpir.				
Exploro el grado de conocimiento previo que el paciente o sus padres tienen sobre el problema.				
Indago otros motivos de consulta.				
Para dar información, soy claro y conciso.				
Para dar información me apoyo en elementos visuales: esquemas, dibujos, gráficos, etc.				
Solicito al paciente o a su familia que repita con sus propias palabras los conceptos más importantes.				
Ofrezco diferentes alternativas o planes de acción frente al problema del paciente.				
Ofrezco un espacio para que el paciente pueda formular preguntas o plantear dudas.				
Al finalizar la consulta, realizo un breve resumen de lo conversado y repito el plan acordado.				
Al finalizar la consulta, aclaro cómo manejarse ante situaciones imprevistas (cuándo llamar o traer al niño, cómo hacerlo, etc.).				

2. Indique su grado de acuerdo con los siguientes enunciados:

	En gran medida	Moderadamente	Muy poco	Nada
Las habilidades de comunicación son capacidades que pueden ser aprendidas.				
Las habilidades de comunicación están directamente condicionadas por cuestiones de personalidad.				
Más del 50% de los pacientes suelen expresar que sus problemas no son resueltos en la consulta médica.				
La falta de adherencia a los tratamientos propuestos puede tener su origen en problemas de comunicación entre el médico y el paciente.				
En un alto porcentaje de las demandas por mala praxis se advierten importantes problemas de comunicación entre el médico y el paciente.				
La experiencia, los años de ejercicio profesional son los que permiten mejorar las habilidades comunicacionales de los médicos.				
La comunicación está determinada por los mensajes verbales.				
Las habilidades de comunicación del médico son tan importantes como el conocimiento, la capacidad de resolver problemas y la destreza en la realización del examen físico.				

.....

***Este ejercicio no tiene clave.  
El propósito del mismo es que reflexione sobre sus propias prácticas y creencias acerca de la comunicación.***

## Ejercicio

# 1



## La entrevista médica

### ¿Cómo es la estructura de la entrevista médica?

Desarrollaremos las características de la entrevista médica de acuerdo al formato o a la guía de Calgary–Cambridge. Se trata de una guía de observación y provee un resumen conciso y comprensible de estructura de la entrevista médica.

#### 1. Iniciando la sesión

- 1.1. Preparación.
- 1.2. Estableciendo el contacto inicial.
- 1.3. Identificando los motivos de consulta.

#### 2. Recabando la información

- 2.1. Explorando los problemas.
- 2.2. Comprendiendo la perspectiva del paciente.
- 2.3. Generando una estructura a la consulta.

#### 3. Construyendo la relación

- 3.1. Creando la relación.
- 3.2. Involucrando al paciente.

#### 4. Explicaciones y planeamiento

- 4.1. Proveer una adecuada cantidad y tipo de información.
- 4.2. Ayudando a la comprensión del problema.
- 4.3. Incorporando la perspectiva del paciente.
- 4.4. Opciones de explicación y planificación.

#### 5. Cerrando la sesión

- 5.1. Hacer un resumen final.
- 5.2. Acuerde los pasos a seguir.
- 5.3. Establezca planes de contingencia.
- 5.4. Chequeo final.

### 1. Iniciando la sesión

El inicio de la entrevista es un punto vital. Fundamentalmente porque se crea la primera impresión, se inicia y se establece el vínculo y se intenta identificar los problemas que el paciente desea discutir. Sobre esta "primera impresión" tanto del médico como del paciente se funda el resto de la entrevista. Los médicos tienden a menospreciar la importancia de este contacto inicial.

Las habilidades de comunicación que el médico debe desarrollar al inicio de la consulta no son de índole meramente social, tiene un gran impacto en el desarrollo de toda la relación médico–paciente. Uno de los principales objetivos al inicio de la consulta es identificar que es lo que el paciente quiere discutir.

***Es importante destacar que más del 50% de los pacientes se van de la consulta con la sensación de no haber evacuado todos sus problemas.***

Es fundamental definir los objetivos de esta etapa:

- Establecer un ambiente favorable.
- Desarrollar contención a los problemas emocionales del paciente y especialmente de sus padres.
- Identificar la mayor cantidad de problemas posibles.
- Establecer de mutuo acuerdo el plan hacia el futuro.
- Desarrollar un ambiente de participación con el fin de convertir al paciente en parte activa del proceso.

Es importante tener en cuenta los siguientes puntos:

#### 1.1. Preparación

En la práctica clínica es muy frecuente que antes de iniciar la consulta estemos pensando en el paciente anterior, en la larga lista de pacientes que nos espera, en algún llamado telefónico u otros problemas de índole personal. La incertidum-

bre y la ansiedad pueden hacernos perder la concentración, hecho que puede derivar en problemas de comunicación. La alternativa es prepararnos a nosotros mismos para poder prestar la mayor atención y concentración posible durante el encuentro.

Algunas sugerencias para la preparación pueden ser:

- 1.1.1. Finalice todo lo que estaba haciendo no vinculado a la consulta. Evite que problemas de la consulta anterior interfieran en ésta. Asegúrese de no ser interrumpido (telefonía celular, beeper, etc.).
- 1.1.2. Concéntrese y prepárese para la próxima consulta. Lea la historia clínica de su próximo paciente **antes** de entrar en contacto con él.

## 1.2. Estableciendo el contacto inicial

El contacto inicial es un evento fascinante y que normalmente es omitido. Los pacientes habitualmente se quejan que los médicos no se presentan debidamente y que tampoco aclaran el rol que desempeñan.

Los puntos siguientes merecen ser considerados:

- 1.2.1. Salude adecuadamente, preguntando el nombre del niño y de la persona que lo trae a la consulta. Si es el primer contacto, es relativamente sencillo dar la bienvenida y presentarse usando una combinación de contacto visual, estrechando la mano, etc. Si no es el primer contacto, en general los médicos suelen conocer bien a sus pacientes. Aunque esto no es siempre así. Inclusive los pacientes pueden haberse olvidado del nombre de su médico (especialmente si es un niño o niña pequeño). Es importante tener en cuenta estas posibilidades para desarrollar alternativas de solución a estos problemas.
- 1.2.2. Identifíquese y aclare su rol y función. La incertidumbre del paciente de no saber quién es su médico de qué hace es importante. Si bien

esto puede ser considerado superfluo por médicos experimentados, hay que tener en cuenta la situación en grandes hospitales donde los pacientes interactúan con diferentes equipos de profesionales y personal administrativo.

- 1.2.3. Demuestre interés y respeto. La conducta del médico, su comportamiento profesional es vital para permitirle al paciente sentirse bienvenido, valorado y respetado. En la etapa inicial comienzan a establecerse los lazos de confianza que dan los cimientos para la construcción de la relación dirigida al intercambio de información.

## 1.3. Identifique el o los motivos de consulta

Una vez establecido el vínculo inicial, el próximo paso es determinar cuál es el motivo por el que el paciente concurre a la consulta. Ya hemos comentado que más del 50% de los pacientes finalizan la consulta con la sensación de no haber podido expresar todos los problemas que motivaron la consulta. Varios investigadores han demostrado que habitualmente los pacientes tienen más de un motivo de consulta. El número de motivos varía de 1.3 a 3.9 tanto sea el contacto de primera vez o habitual, independientemente se trate de médicos de familia, pediatras o internistas. Con respecto al orden de presentación, éste no se correlaciona con la magnitud o importancia del problema y los médicos suelen considerar al primer problema como el único. Es importante destacar que muchos médicos consideran que la siguiente consulta es una continuación de la previa, prestando sólo atención a los problemas conocidos sin considerar nuevos problemas.

Puntos a tener en cuenta:

- 1.3.1. Haga preguntas abiertas. En general todos tenemos algunas preguntas favoritas que usamos repetidamente. El formato de las preguntas puede cambiar o modificar el tipo de respuesta. Por ejemplo: ¿Qué lo trae por acá?, ¿en qué lo puedo ayudar?, ¿qué le gustaría discutir en esta oportunidad?,

¿Qué le pasa?, ¿te duele algo?, ¿por qué te trajo tu mamá?

- 1.3.2. Escuche atentamente. No interrumpa. Los médicos tienden a interrumpir precozmente. Algunos autores han demostrado que el tiempo promedio de la primera interrupción es a los 18 segundos. Aprender a escuchar desde el comienzo de la visita es el paso inicial para una relación adecuada y eficiente. Todos los médicos se encuentran apremiados por el tiempo, por ello se sienten forzados a pasar rápidamente a las preguntas y a tomar la iniciativa. Es necesario crear un ámbito confortable para poder desarrollar un intercambio productivo. Pregunte al niño, escuche lo que él le dice.
- 1.3.3. Evalúe y confirme la lista de problemas planteados.

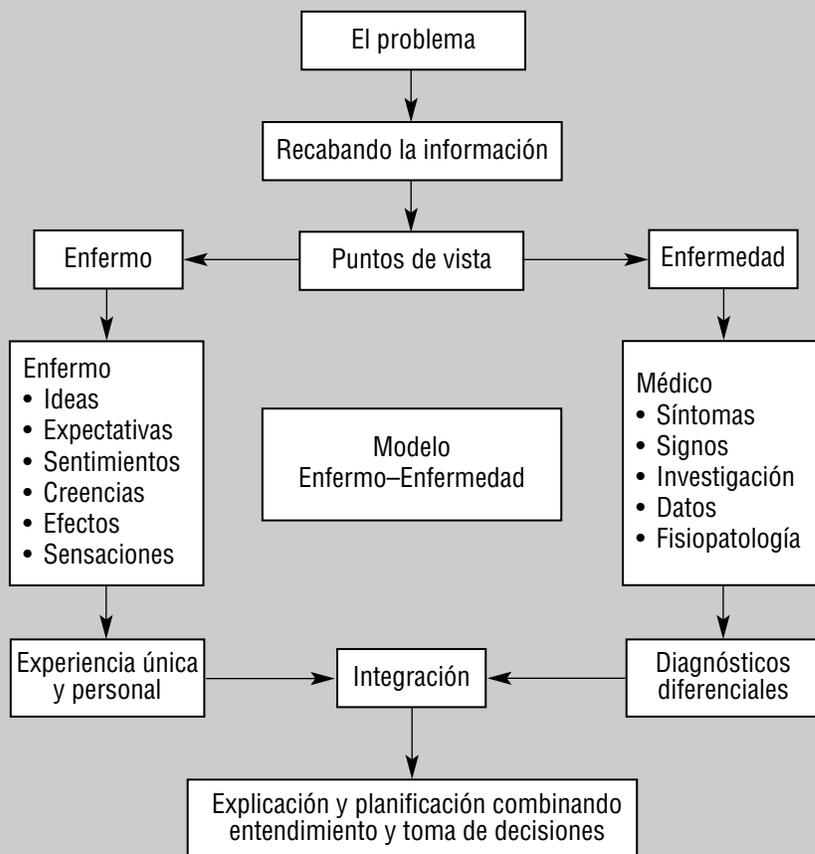
## 2. Recabando la información

La entrevista tradicional se ha concentrado fundamentalmente en la enfermedad dejando de lado el entendimiento del enfermo. McWhinney y col. en 1989 propusieron un modelo de transformación. El objetivo es que el médico entienda a su paciente como así también a su enfermedad en una forma integrada. Este modelo se denominada "ENFERMO-ENFERMEDAD".

(Ver Figura 1).

*Enfermedad es la causa biomédica de su problema en términos fisiopatológicos. Enfermo es la experiencia única y personal de la vivencia del problema, es decir cómo percibe, experimenta y convive con su enfermedad.*

Figura 1



Los pacientes pueden ser portadores de una enfermedad y no sentirse enfermos (esto suele suceder con los niños, generalmente el mayor impacto de la enfermedad está expresado por sus padres). Enfermedad y enfermo habitualmente coexisten pero un elemento apasionante es poder entender cómo la misma enfermedad tiene impactos tan diferentes en cada individuo y en cada familia.

Los objetivos de recabar la información son:

- Explorar y entender la enfermedad desde la perspectiva del niño y su familia.
- Desarrollar una adecuada historia clínica.
- Asegurarse que la información recogida es adecuada y de mutuo acuerdo.
- Mantener un entorno amigable y una relación de colaboración.

Es importante transitar por las siguientes etapas:

### 2.1. Exploración de problemas

En esta etapa estimule a su paciente para que le cuente con sus propias palabras el problema desde el principio, esto incluye la palabra de la madre o del padre según corresponda. Escuche atentamente. No interrumpa. Procure utilizar preguntas abiertas. Permita que existan silencios para que el paciente piense las respuestas. Clarifique los puntos que no hayan quedado claros. Resuma periódicamente con el fin de verificar que Ud. ha entendido bien. Utilice un lenguaje fácil. Sea conciso.

### 2.2. Comprendiendo la perspectiva del paciente

Las vivencias de los pacientes en relación con su enfermedad están influenciadas culturalmente. Las creencias sociales, culturales o religiosas modulan nuestra percepción del problema. Las conductas y los comportamientos frente a las enfermedades están controlados por reglas culturales con marcadas variaciones transculturales. Estas variaciones existen también entre diferentes clases sociales de una misma sociedad. Pero es fundamental destacar que también las creencias y

las conductas médicas están culturalmente influenciadas. Existe gran variación de opinión entre colegas en la forma de abordar el mismo problema. Así el médico debe tener muy en cuenta estos puntos y son elementos muy importantes para mejorar la adherencia a las recomendaciones que se impartan.

### 2.3. Generando una estructura a la consulta

Significa dar un marco al desarrollo de la consulta. Para ello se sugiere: hacer resúmenes en forma sistemática con el fin de aclarar lo presentado hasta ese momento, resaltar puntos de inflexión de un problema a otro, desarrollar una secuencia lógica y entendible para el paciente del desarrollo de los hechos.

## 3. Construyendo la relación

Es una actividad que transcurre en forma paralela a las otras etapas de la entrevista (comienzo de la relación, recabando la información, explicaciones y planificación y cierre de la entrevista). Es un medio esencial para alcanzar los tres objetivos primarios de la comunicación médica: eficiencia, soporte y exactitud.

Los objetivos para esta etapa son:

- Construir una relación que le permita al paciente sentirse comprendido, valorado y apoyado.
- Desarrollar un vínculo sostenido en el tiempo.
- Involucrar al paciente y a su familia de tal manera que pueda entender la evolución del proceso de la consulta.
- Reducir los potenciales conflictos entre médicos y pacientes.
- Aumentar la satisfacción tanto de médicos como de pacientes.

Es necesario transitar las siguiente etapas:

Comunicación no verbal.

Es un proceso continuo que puede reafirmar, regular, calificar o contradecir la comunicación verbal. Actúa en forma conjunta y sinérgica con la comunicación verbal reforzándola. Se entiende por

ella a las posturas (forma de sentarse), a las distancias (uso del espacio), al contacto físico (estrechar la mano), a los movimientos del cuerpo (gestos), a la expresión facial (llanto), al comportamiento visual (contacto directo a los ojos), a la voz (tonos), al uso del tiempo (apurado), a la presencia física (raza, vestimenta) y a las características del entorno (iluminación).

.....  
***Decodificar señales es una habilidad esencial para los médicos que desean entender los sentimientos de sus pacientes y un instrumento diagnóstico de gran valor.***

A pesar de que los niños suelen tener gran facilidad para expresarse (verbal o no verbalmente), las normas culturales en el ámbito hospitalario no facilitan la expresión verbal de los sentimientos por parte de los pacientes. Es muy importante detectarlas y traducirlas verbalmente. Esto facilita una mayor comprensión por parte del médico de las vivencias de la enfermedad que tiene el paciente.

### 3.1. Creando la relación

Para ello deben analizarse los siguientes puntos:

- Aceptación de las opiniones y puntos de vista del paciente y padres.
- Empatía: Incluye un proceso de dos etapas. Por un lado el entendimiento y la comprensión sensible de las apreciaciones y predicamentos de la otra persona y por otro la comunicación de ese entendimiento al paciente.
- Sensibilidad: para discutir temas conflictivos o vergonzantes con madurez dentro de un marco de máxima reserva. Esto cobra especial importancia en el caso de la atención de adolescentes.

### 3.2. Involucrar al paciente

Uno de los desafíos más importantes en la relación médico paciente es la reducción de la incertidumbre. Las incertidumbres no aclaradas alteran la concentración y aumentan la ansiedad bloqueando la comunicación.

El intercambio de opiniones o de pensamientos con el paciente, las explicaciones sobre la racionalidad de los diferentes aspectos de los problemas ayudan en este punto.

## 4. Explicaciones y planeamiento

Se han identificado múltiples dificultades en la explicación y la planificación de las conductas surgidas de la entrevista. Se ha observado que los médicos, en particular los internistas, reservan en promedio, menos de 1 minuto para dar información en una entrevista de 20 minutos. Además, cuando se estudian el grado de instrucción que el médico ejerce sobre el paciente cuando se trata de prescripción de medicamentos se observa que no existe comentario alguno en un 20% de los casos, no hay mención de frecuencia de las dosis en un 80% o de la duración del tratamiento en un 90% de los casos.

Con respecto a los términos utilizados, existe una tendencia a emplear palabras técnicas y poco familiares. Los médicos en general están al tanto de este problema. Algunos autores proponen la existencia de una conspiración en la comunicación por parte del médico, ya que en algunos casos el médico deliberadamente usa términos técnicos con el fin de controlar el encuentro, en particular cuando está apurado. La falta de adherencia es un problema muy serio con altísimos costos para el sistema de salud.

Muchas veces explicar claramente al niño, la niña o al adolescente lo que se hará, para qué y cómo se hará puede ayudar a lograr la adherencia a las indicaciones del médico.

Los objetivos de esta etapa de la entrevista son:

- Definir la cantidad y el tipo de información que le vamos a entregar al paciente individual.
- Desarrollar explicaciones comprensibles que el paciente pueda recordar.
- Generar un sistema de interacción con el fin de evaluar el grado de comprensión del problema.

- Involucrar al niño o adolescente y a sus padres y planear en forma conjunta los pasos a desarrollar con el fin de mejorar su compromiso y adherencia.
- Construir un vínculo duradero y proveer un entorno de ayuda y comprensión.

Para ello es necesario transitar por las siguientes etapas:

#### 4.1. *Proveer una adecuada cantidad y tipo de información*

Para ello se recomienda dar la información en bloque, controlando el grado de comprensión y utilizando las respuestas de los padres, del niño o del adolescente como guía. Avanzar sobre otro bloque una vez que consideremos que lo anterior fue comprendido. La cantidad será definida de acuerdo a las necesidades de cada paciente. Es conveniente determinar cuál es el grado de conocimiento previo que el paciente tiene del problema, así podremos tener una idea de lo que desea saber. Otra alternativa es preguntarle específicamente qué quiere saber. Muchas veces, los padres de niños o adolescentes enfermos, tienen dudas o inquietudes que no se animan a plantear delante de sus hijos. El profesional deberá reflexionar sobre la necesidad de plantear alguna entrevista en la que se cite sólo a los padres sin el paciente presente para que éstos puedan reducir la incertidumbre y aclarar sus temores. Probablemente una madre o un padre se plantee qué pasará con mi hijo o hija dentro de cinco años, cuando comience la escuela, etc. Difícilmente estas inquietudes o dudas sean las de los niños. Estas entrevistas con padres suelen ser útiles también para el médico, ya que es probable que en algunas cuestiones, (opciones terapéuticas, riesgos de procedimientos diagnósticos, pronóstico de alguna enfermedad, etc.), se requiera brindar cierta información sin que el niño esté presente.

#### 4.2. *Ayudando a la comprensión del problema*

En este punto lo esencial es hacer de la información algo fácil de recordar y entender. Para ello es adecuado dividirla en pequeñas secciones en una secuencia lógica. Categorice. Repita las cosas y resuma. Use lenguaje conciso. Use métodos visuales: esquemas, diagramas, modelos, información escrita, dibujos. Controle el grado de comprensión preguntándole específicamente si entendió lo que están hablando. Pida al paciente que repita los conceptos con sus propias palabras. Genere oportunidades para que haga preguntas. Utilice y aproveche signos de lenguaje verbal y no verbal.

#### 4.3. *Incorporando la perspectiva del paciente*

Compartir el proceso de toma de decisiones.

En esta etapa es importante permitirle al paciente que entienda el proceso de toma de decisiones involucrándolo al grado que éste desee. Comparta sus propias ideas o dilemas. Sugiera, no dé órdenes. Negocie en forma conjunta el plan a seguir. Ofrezca alternativas. Discuta opciones si existieran. Permita que el paciente elija. Ofrezca su opinión en el significado de los problemas. En caso de procedimientos, dé información incluyendo lo que le va a pasar, que puede llegar a sentir. Además cómo va a ser informado de los resultados. Aclare el valor y la importancia de someterse a un estudio. Discuta o provoque preguntas en relación con posibles malos resultados.

#### 4.4. *Opciones de explicación y planificación*

La interacción nos permite descubrir el tipo de información necesaria.

Solicitarle al paciente que repita con sus palabras lo que entendió favorece notablemente a la comprensión y a la retención de los datos. Debemos generar un entorno que permita a nuestro paciente hacernos preguntas, expresar sus dudas. Así permitiremos que ellos tomen decisiones con la información adecuada y aumentaremos así el grado de adherencia

a nuestras intervenciones. Es imprescindible que comprendamos las ideas y vivencias del paciente si queremos alinear nuestras explicaciones a sus necesidades.

## 5. Cerrando la sesión

Los problemas que se generan al final de la consulta están frecuentemente relacionados con el tiempo. En el momento en que estamos pensando en cerrar la consulta el paciente introduce un nuevo tópico o problema mayor o nos dice que no entendió algo que a nuestro entender es crucial y que ya fue analizado. Estas situaciones al cierre de la consulta están vinculadas en general a problemas de comunicación generados en etapas previas. Pueden ser reducidos si tomamos en consideración los pasos antes expuestos en forma ordenada. Pero existen características específicas en esta etapa de la consulta que deben ser abordados.

.....

***Resumir y clarificar el plan de acción, acordar qué hacer cuando las cosas no van como se planearon, chequear que el paciente está a gusto con el plan a seguir y fortalecer la relación médico-paciente son puntos esenciales de la consulta que favorecen la comprensión, la adherencia, la satisfacción y así el pronóstico del paciente.***

Los objetivos de esta etapa son:

- Confirmar el plan establecido.
- Clarificar los pasos a seguir.
- Establecer planes de contingencia.
- Maximizar la adherencia.
- Hacer uso eficiente del tiempo de consulta.

- Motivar al paciente a sentirse parte imprescindible del proceso y construir una relación duradera.

Para ello es necesario transitar por las siguientes etapas:

### 5.1. Hacer un resumen final

Resuma brevemente lo ocurrido durante la sesión y clarifique las dudas del plan a surgir. Este paso no sólo le permite al médico y al paciente confirmar lo discutido durante la consulta, sino que también es un instrumento facilitador que permite al paciente hacer preguntas como al médico reafirmar sus impresiones. Háblele al niño o al adolescente, explícite lo que ha encontrado bien, lo que espera que haga, lo que debe evitar, por cuánto tiempo tendrá que seguir las indicaciones, etc.

### 5.2. Acuerde los pasos a seguir

Esto permite tanto al médico como al paciente definir roles y responsabilidades. Explícite y escriba cuándo debe volver al control, qué vacunas debe aplicarse, etc.

### 5.3. Establezca planes de contingencia

Explicar qué hacer cuando las cosas no se producen como estaban previstas es un factor básico de seguridad en la práctica médica, como así también, un elemento que colabora en la consolidación de la relación médico-paciente.

### 5.4. Chequeo final

En esta etapa es fundamental controlar que el paciente esté de acuerdo con todo lo discutido y, que no existan más dudas o la necesidad de hacer nuevas aclaraciones.

.....

***Antes de realizar el siguiente ejercicio le sugerimos que lea la Lectura complementaria "La comunicación: otra mirada".***



# Ejercicio

# 2

¿Podría asegurar la calidad de esta información? ¿Tengo certezas o evidencias o está construida sobre mis impresiones personales?

.....  
.....  
.....  
.....

Puede utilizar esta guía en varias consultas, a modo de autoevaluación, para ver si su desempeño se va modificando.

Es muy útil trabajar con un colega al que Ud. pueda observar y luego discutir los resultados y viceversa.

## 2. Analice la siguiente situación

Matías, de dos años, llega a la consulta con su madre, que expresa que el niño está con diarrea.

El pediatra le formula a la madre las siguientes preguntas:

- ¿Qué día comenzó con diarrea?
- ¿Tiene más de tres deposiciones diarias?
- ¿Las deposiciones son amarillas?
- ¿Tuvo fiebre?
- ¿Qué comió?
- ¿Estaba tomando alguna medicación?
- ¿Duerme mucho?
- ¿Está decaído?

Reformule las preguntas, intentando convertirlas en preguntas abiertas, que permitan a la madre expresarse y a Ud. recoger más información.

.....  
.....  
.....  
.....

Anote las indicaciones que le daría a esta madre. Escriba lo que habitualmente Ud. dice en situaciones como ésta.

.....  
.....  
.....  
.....



Revise lo que escribió y analice ¿en qué medida:

- son sugerencias para la acción o son órdenes o instrucciones?
- tienen en cuenta el contexto y las posibilidades de la familia?
- están realizadas en un lenguaje claro y comprensible para la mamá?

.....

.....

.....

.....

3. Le proponemos que, si tiene oportunidad, se reúna con sus colegas, y alquilen el video de alguna película en la que haya relación entre médicos y pacientes. Puede ser alguna de las siguientes:

- Un milagro para Lorenzo.
- Patch Adams.
- El paciente inglés.

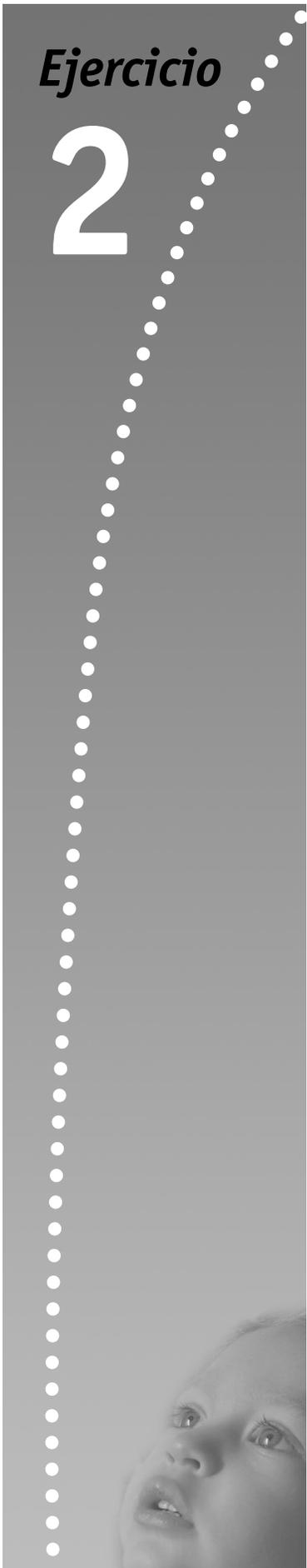
*Analicen los fragmentos en los que se producen interacciones médico-paciente. Identifiquen y discutan:*

- ¿Cómo es el ambiente en el que se producen los encuentros?
- ¿Qué estrategias utilizan los médicos para explorar los problemas del paciente? (tipo de preguntas, indagación de lo que el paciente ya sabe, cree o siente acerca del problema que tiene, etc.).
- ¿Cuál y cómo es el grado de participación del paciente en la interacción? (oportunidades para hablar, sólo escucha, hace preguntas, pide aclaraciones, etc.).
- ¿Cómo es el nivel de concentración del médico en la entrevista? (escucha atentamente, es interrumpido, mira al paciente a los ojos, asiente con la cabeza, se lo nota apurado, se lo nota distendido, emite señales empáticas, etc.).
- ¿Cómo brindan los médicos información al paciente? (tipo de lenguaje que utilizan, adecuación al nivel del paciente, información concreta y específica relacionada con el problema de ese paciente, etc.).
- ¿Han identificado algún/os problema/s en la comunicación? ¿Cuál/es?  
Discutan entre todos cómo se podría/n haber superado el/los obstáculo/s encontrado/s?

Seguramente el grupo puede aportar "otras miradas", sin embargo, esta actividad la puede realizar Ud. sólo.

## Ejercicio

# 2



## Conclusión final

La comunicación es un proceso vital de interacción entre el médico, el paciente y su familia. Es una de las cuatro habilidades básicas de la competencia clínica junto a la resolución de problemas, el conocimiento y el examen físico.

Es una habilidad que está poco abordada en la formación de pre-grado y menos aún en el post-grado.

Para ello es fundamental partir de las siguientes premisas:

- Enseñar y aprender a comunicarse es fundamental.
- Existen graves problemas de comunicación entre médicos y pacientes.
- Existen técnicas para solucionarlos, que están probadas y ya han sido aplicadas.
- Las habilidades de comunicación pueden ser enseñadas y pueden ser aprendidas.

## Bibliografía recomendada

1. Bellón Saameño JA, a y Martínez Cañabate T, b. La investigación en comunicación y salud. Una perspectiva nacional e internacional desde el análisis bibliométrico. Centro de Salud El Palo (Málaga). Unidad Docente de Granada. Atención Primaria. 30 de abril 2001; Vol. 27. Núm. 7.
2. Durante E. La entrevista clínica: una proximación metodológica. En: Rubinstein A, Terrasa S, Durante E, Rubinstein E, Carrete P (Eds): Medicina Familiar y Ambulatoria. Ed. Panamericana: Buenos Aires, 2001.
3. Knut A. BEME N°2: Teaching and learning communication skills in medicine, a review with quality grading articles. *Medical Teacher* 1999; 21; 6:563.
4. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge observation guides: an aid to defining the curriculum and organising the teaching in communication training programmes. *Med Educ* 1996; 30:83-9.
5. Laín Entralgo P. La relación médico-enfermo. Alianza Editorial. Madrid, 1983.
6. Ruiz Moral R a,b, Prados Castillejo JA b,c, Jurado M. Alba b,c, Bellón Saameño JA b,c y Pérula de Torres LA d. Validez y fiabilidad de un instrumento para la valoración de la entrevista clínica, en médicos residentes de medicina de familia: el cuestionario GATHA-RES. Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Córdoba. Atención Primaria. 30 de abril 2001; Vol. 27. Núm. 7.
7. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. Radcliffe Medical Press, UK. 1998.
8. Silverman J, Kurtz S, Draper. Teaching and learning communication skills in Medicine. Radcliffe Medical Press, UK. 1998.
9. Stewart MA, Roter D (eds). Communication with medical patients. Sage publications, Newbury park, CA. 1989.
10. Van Dalen J, Bartholomeus P. Teaching and assessing communication skills in Maastricht: The first twenty years. *Medical Education*; 2001; 23:2:245.
11. Van Dalen J, Van Hout. Factors influencing the effectiveness of communication skills training: programme contents outweigh teachers skills. *Medical Teacher* 1999; 21: 3:308.

## Clave de respuestas

### Ejercicio 1 y 2

Estos ejercicios no tienen una única respuesta correcta.

Están diseñados para que Ud. reflexione sobre sus propias prácticas y habilidades comunicacionales, con el objetivo de identificar algunas debilidades e instrumentar estrategias de mejoramiento.

En el ejercicio 2 es de esperar que a medida que incremente la práctica en la comunicación aumente la cantidad de acciones positivas que realice en la entrevista y que están discriminadas en la grilla.

Es interesante, al finalizar la consulta chequear, mentalmente qué información en cantidad y calidad se obtuvo.

También es posible discriminar si la obtuvimos de lo que los padres o el niño/a efectivamente han expresado verbalmente o si hay una parte importante de la información que hemos obtenido de la observación del comportamiento (silencios, tonos de voz, gestos, etc.).

En el análisis de la situación de Matías, algunas preguntas abiertas podrían ser:

- ¿Cuánto hace que comenzó la diarrea?
- ¿Qué cree Ud. que la causó?
- ¿Qué otras cosas nota además de la diarrea?  
Esperar a que la madre hable y completar con otros síntomas asociados (decaimiento, fiebre, falta de apetito, irritabilidad) si no aparecen espontáneamente en el relato.
- ¿Qué hizo Ud. desde que comenzó?
- ¿Cómo es la caca, cuántas veces por día hace?

Observe que es probable que obtenga más información y brinde más oportunidades para que la madre hable con este tipo de preguntas que con las que realizó el pediatra.

Por otra parte está demostrado que los pacientes y las personas en general, estamos más permeables a recibir, aceptar e implementar sugerencias o consejos que órdenes. Además en la medida que aumente la comprensión del por qué implementar las indicaciones, mayor probabilidad habrá de que las mismas sean cumplidas.



# Lectura Complementaria

## La Comunicación: otra mirada

### Virginia N. Citrinovitz de Vijnovsky

- Maestra Normal. Egresada del Colegio Vicente López y Planes.
- Orientadora familiar. Instituto de la familia de la Universidad de Navarro.
- Mediadora. Escuela de Mediación del Ministerio de Justicia y Nova Southeastern University.
- Master Trainer Advanced en P.N.L. (Programación Neuro Lingüística). Primera Escuela de P.N.L. y Society of Neuro Lingüistic Programming.
- Líder de la Liga de Leche Internacional. Filial Argentina.
- Capacitadora de Talleres de Comunicación LECI – Argentina. LECI (Los espacios y la comunicación Interpersonal).

### Delfina J. Albaizeta

- Licenciada en Servicio Social (UBA).
- Profesional Asesor la Dirección Nacional Materno Infante Juvenil del MSN.
- Integrante de la Comisión Asesora de Lactancia Materna del Ministerio de Salud de la Nación.
- Socio fundador de la Fundación LACMAT.
- Ex Jefe del Dpto. de Servicio Social del Hospital Nacional "Dr. Bonorino Udaondo".
- Ex-Asistente Social de la Asociación de Padres DINAD, adherida a FENDIN.
- Ex-Asistente Social. Educación Especial. Ministerio de Educación de Provincia de Buenos Aires.

## Introducción

La palabra *comunicación* proviene del término latino común: poner en común, esto es abrir al otro una idea, un sentimiento, una actitud. Es la acción de intercambiar información de manera voluntaria o involuntaria. Siempre nos estamos comunicando no sólo con lo que decimos sino con nuestro tono de voz, con la mirada, con los silencios, con nuestra postura corporal. Comunicamos cuando nos incluimos dentro de un grupo, en dónde nos sentamos, cómo y cerca de quién, cuando tomamos la palabra y a quién se la cedemos, etc.

La comunicación se concibe para la Escuela de Palo Alto como un sistema de canales múltiples, en el que el actor social participa, en todo momento, tanto si lo desea como si no, en calidad de miembro de una cultura.

La comunicación está estrechamente vinculada al concepto de comunidad y por consiguiente, a los de organización social y cooperación; es el vehículo de todas las manifestaciones observables de una relación.

La comunicación humana no es un apacible juego donde el emisor (E) introduce un mensaje en el canal, como si fuera un paquete y un receptor (R) en el otro extremo lo extrae en su totalidad. Esta concepción dejaría de lado los conflictos, dudas, alegrías, etc., que se producen como consecuencia de que el receptor reconstruye el mensaje desde sus experiencias previas (lingüísticas y no lingüísticas) de la situación en que se producen (lugar, época, cultura) y desde el rol social que ocupa en la interacción (trabajador de salud-usuario, padre-hijo, amigo-amigo, empleador-empleado, etc.).

Al ser considerada como una estructura multicanal, la comunicación se postula como un sistema de retroalimentación o feedback, o sea que en todo sistema el efecto retroactúa sobre su causa. Sería importante la adquisición de habilidades que hacen la comunicación más eficaz en la relación pediatra-usuario en la prevención de la enfermedad, en el cuidado y recuperación de la salud.

***Hablamos de comunicación eficaz cuando el emisor logra afectar al receptor y obtiene una respuesta (acción deseada) como consecuencia del mensaje transmitido; la respuesta puede ser una opinión, una pregunta, un gesto, una conducta, la adopción de una nueva conducta o la confirmación de una ya realizada.***

Por ejemplo una cara de asombro o de disgusto nos está respondiendo el parecer de nuestro interlocutor a un diagnóstico que le hayamos informado o a una sugerencia que le hayamos realizado en el momento de la consulta.

### *Marco conceptual*

Vamos a tomar de la Escuela de Palo Alto, por ser una de las más difundidas, los axiomas de la comunicación, al efecto de comprender y analizar los mecanismos que intervienen en ella:

"Si hay vida hay conducta".

En esto se basa el primer axioma de la comunicación que dice:

***"Es imposible no comunicar".***

Por ejemplo, cuando un niño concurre a la consulta en brazos de su madre y al entrar da la espalda al pediatra, aunque no le agregue ninguna otra manifestación verbal o no verbal, hay un mensaje; podemos pensar: el niño tiene miedo, no le gusta, desconoce, preferiría estar en otro lugar; el pediatra puede tomar el mensaje, prestarle atención y obrar en consecuencia o seguir hablando con la madre y/o padre, sin dar crédito a ello; desde el concepto de comunicación no podemos desconocer, que en los padres, el niño y el pediatra, cualquiera sea la actitud tomada, ejercerá un efecto e influirá en la entrevista. La primer actitud citada, podría ejercer una acción positiva, y la segunda opción, es muy probable, que funcione como ruido.

En referencia a tomar en cuenta el mensaje del niño, encontrarán más adelante algunas habilidades, de las que Ud. podrá seleccionar las más indicadas, para esa situación, con esas personas, en ese contexto.

El segundo axioma habla de que todas las comunicaciones son diferentes: pues:

***"Toda comunicación tiene dos aspectos, uno de contenido y uno de relación".***

O sea que más allá del contenido explícito, hay un marco en el cual ese contenido

circula y habrá que ver cual es el contexto y cual la relación entre el E (emisor) y el R (receptor).

La forma en la que el contenido del mensaje es transmitido determina la relación vincular entre las partes. En toda discusión es sumamente interesante analizar el mensaje en términos de contenido y de relación. El desacuerdo puede girar en torno a uno, a otro o a ambos.

Cuando se establece una discusión entre dos personas y una tercera que escucha se pregunta: dicen lo mismo, ¿qué están discutiendo?, es casi seguro que lo que está en discusión es el nivel de relación.

***Cuando el nivel de relación no está cuestionado suele ser más fácil llegar a un acuerdo. Cuando el desacuerdo estriba tanto en el nivel de contenido como en el de relación la diferencia será más difícil de zanjar.***

El tercer axioma dice:

***"Los seres humanos se comunican digital y analógicamente".***

La comunicación digital es lo dicho verbalmente. Las personas usamos un código, palabras que son signos arbitrarios para designar las cosas.

En el código digital los elementos son separables y combinados forman códigos diferentes.

La lengua es el código digital por excelencia.

La comunicación analógica incluye las posturas, gestos, inflexiones de la voz, colores, transpiración, dibujos; todo lo que es no verbal.

Relacionado con el segundo axioma: el contenido se transmitiría en forma digital, mientras que lo relacional sería analógico.

La comunicación analógica hunde sus raíces en épocas más arcaicas de la evolución y por lo tanto encierra una validez de mayor universalidad que la comunicación digital. La expresión de dolor o de alegría de un rostro es un ejemplo de comunicación analógica.

**Ejemplo:**

Un pediatra recibe un bebé, al que había examinado la semana anterior, que vuelve a la consulta pues la madre lo notaba "muy hinchado". El médico lo sube a la balanza y luego le dice a la madre que lo vista. Se va al baño, sin decir una palabra más. Después de un largo rato el profesional vuelve, se sienta lentamente y mira largamente a la madre y a la tía del bebé. Ellas se dan cuenta sin mediar una sola palabra que algo grave está sucediendo. Luego el profesional explica a la madre que el niño debe ser internado de inmediato pues ha aumentado su peso en 1,200 kg. de una semana a otra y está muy edematizado. El niño con su edema había comunicado su enfermedad y el profesional con sus gestos y actitudes comunicaba que algo andaba mal, aún antes de emitir ninguna palabra.

Este ejemplo también apela al 3<sup>er</sup> axioma de la comunicación que plantea la **diferencia** entre el código digital (lo dicho verbalmente) y el código analógico (posturas, gestos, inflexiones de la voz, etc.).

El cuarto axioma dice:

**"La naturaleza de la relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes".**

La puntuación organiza los hechos de la conducta, el modo de puntuarlos puede generar conflictos. El mismo intercambio comunicacional interpretado en diferentes momentos implica una lectura distinta de los acontecimientos y de la relación entre las partes. Por ello cuando uno investiga un diálogo, uno no debe tener

intervención sino situarse en un punto exterior, para poder ver desde el R (receptor) hacia el emisor (E) y viceversa.

El último axioma expresa que:

**"Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia".**

El intercambio es simétrico, si el E y el R tienen un mismo rol o status en la relación, ejemplo: médico-médico, paciente-paciente, padre-madre, etc.

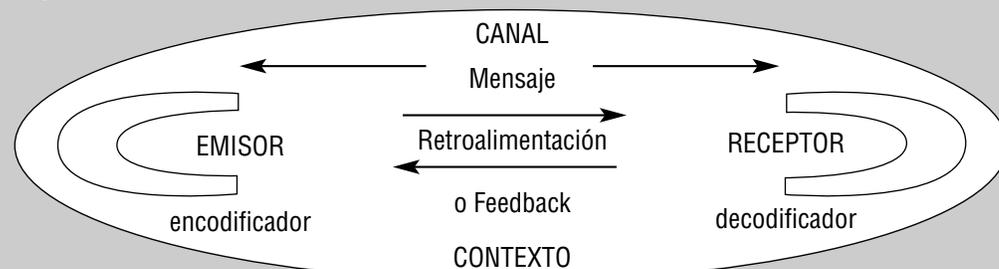
Es complementario cuando hay dos posiciones diferentes que pueden ser establecidas por el contexto social o cultural o por el tipo de relación entre dos personas.

**Ejemplo:** profesor-alumno, médico-usuario, padre-hijo.

Un ejemplo de ello puede ser la conversación entre dos profesionales de un servicio.

- 1) Médico A: Vos siempre me decís que el pase de guardia está mal hecho.
- 2) Médico B: Vos no ponés los cambios de medicación que hacés durante la noche.
- 3) Médico A: Yo no hago cambios de medicación, por eso no figuran.
- 4) Médico B: El martes pasado, el paciente de la cama 31 tenía la medicación cambiada, y ésa es tu noche de guardia.
- 5) Médico A: El martes último yo no estuve de guardia pues estaba enfermo y envié un reemplazante.
- 6) Ah, disculpame, yo no lo sabía.

Fíjense las diferencias que hay si nosotros comenzamos a investigar el diálogo en el punto 2) o en 4).

**Esquema de la comunicación**

## Elementos de la comunicación

Para comprender el proceso comunicacional es importante conocer los elementos que intervienen en él:

### *El emisor*

Es el iniciador del proceso de comunicación, produce un cierto número de palabras o signos que conforman el mensaje a transmitir.

Posee actitudes, conocimientos y se expresa mediante códigos, de igual modo que el receptor. Es el "en-codificador" del mensaje

### *El receptor*

Es el destinatario del mensaje, responsable de la decodificación.

### *El canal*

Es por donde circulan los elementos de la comunicación tales como el *mensaje*, el código del *mensaje* (que debe ser compartido), la *retroalimentación*, el *ruido*, etc.

Todos los aspectos de la comunicación circulan por el canal que es el sustrato material por donde transcurre el mensaje.

El canal puede ser auditivo, visual, gráfico o una combinación de todos.

### *El Mensaje*

Es la información que el emisor, también llamado *encodificador*, intenta transmitir.

Es un elemento indispensable del "circuito comunicacional". Un porcentaje importante de la eficacia de la comunicación está relacionado con los mensajes. El éxito de este circuito va a ser medido, en relación a que ese mensaje sea decodificado por el receptor, con la misma intención con que fue emitido.

El mensaje "siempre" va a llegar y va a ser decodificado. La dificultad es que no siempre va a ser decodificado tal como fue emitido porque en la decodificación intervienen aspectos subjetivos del receptor.

A veces el receptor no entiende tal como el emisor lo envía, el E puede suponer que el R tiene dificultades para comprender. Lo que suele ocurrir en estos casos es que el receptor entiende otra cosa porque "decodifica" de manera diferente a la pretendida por el emisor.

Decimos que: cuando nos comunicamos hay muchas personas porque nunca estamos solos, sino que estamos permanentemente relacionados con nuestro mundo interno; cuando nos comunicamos con una persona la investimos con las características de nuestra galería de personajes interiores. Cada persona no es sólo lo que ella es, sino todo lo que representa para mí. O sea que cuando nos comunicamos lo hacemos con la representación que tenemos acerca de los demás, provocando lo que en comunicación se denomina ruido interno.

### *Ejemplo:*

*Cuando el profesional siente que determinadas personas le provocan cierto disgusto o displacer puede ocurrir que la comunicación o el tratamiento con ese paciente le resulte difícil. Esto puede deberse a que dicha persona le recuerda, ya sea por sus gestos, su tono de voz, su manera de mirar o sus palabras, a otras personas que han sido significativas en su vida como padres, maestros, amigos, colegas, etc. (ruidos internos). Si ello sucede el profesional puede usar con este tipo de pacientes o con sus familiares, algunas habilidades de comunicación expresadas más adelante como la empatía; el aceptar lo que la otra persona piensa o siente (aún estando o no de acuerdo con ella), devolverle el comentario (parafraseo), etc.*

### *El Código del mensaje*

Es el lenguaje particular que se establece entre el emisor y el receptor.

Es un conjunto de signos de naturaleza verbal o no verbal, con significado cierto. Es lo que da sentido al mensaje: es su forma de expresión.

El código kinésico se refiere a los movimientos corporales, posturas, gestos, y el proxémico es la relación del hombre con el espacio y las distancias aceptables entre las personas según la relación, sus costumbres, su grado de confianza, etc.

Los códigos son procesos de construcción que requieren tiempo y que no llegan a completarse totalmente por la infinidad de variables personales que intervienen

.....

**Para que el mensaje sea recibido tal como fue emitido, una de las condiciones es que el código sea compartido, es decir que sea común para el emisor y el receptor.**

El lenguaje, "conjunto sistemático de signos que permite la comunicación" es un elemento "vivo" y que cambia permanentemente incorporando neologismos, muchas veces ligados a las nuevas generaciones o por la interacción con otros idiomas.

### La retroalimentación

Al ser considerada como una estructura multicanal, la Comunicación se postula como un sistema de retroalimentación o "feed-back", en el cual todo efecto retroactúa sobre su causa. La comunicación es eficaz cuando el emisor logra afectar al receptor de modo que obtiene la acción deseada (respuesta) como consecuencia del mensaje transmitido.

.....

**Para que haya comunicación es necesario un circuito de retorno, caso contrario es información.**

Entendemos por tal a la posibilidad de que el receptor se transforme en emisor y el emisor haga espacio para recibir, transformándose en receptor; es un proceso de interacción circular.

La comunicación es una actividad conjunta, un proceso cooperativo, donde el emisor intenta hacer algo (informar, pedir, compartir, etc.), y el receptor reconstruye esa intención y sobre ella construye una respuesta que puede ser lingüística o no lingüística.

Cuando un "receptor" bosteza o mueve la cabeza asintiendo o negando, o realiza una pregunta, está "emitiendo" mensajes, retroalimentando la comunicación; como tal debe servir para convertir al emisor en receptor.

Cualesquiera sea el resultado de la decodificación, lo importante es "tomar la información que el actual emisor está brindando" y convertirse nuevamente en emisor para retomar el tema y/ o brindar una respuesta adecuada.

#### Ejemplo:

*Cuando el profesional da a conocer su diagnóstico, está otorgando a la familia y al paciente una "información" que puede provocar alivio, tensión, sorpresa, preocupación, etc. La persona que recibe el diagnóstico puede a su vez transmitir estas sensaciones en palabras, gestos, tensión muscular, actividad visceral, sudoración, etc. A su vez observando estas respuestas verbales y no verbales, el profesional podrá tener gestos, o una palabra de aliento o de satisfacción; este proceso es una comunicación.*

Si el pediatra conoce al paciente y a su familia, de algún modo puede prever que tipo de respuesta obtendrá, por ejemplo si debe decirle a los padres que su hijo deberá ser internado, podrá evaluar qué necesita en ese momento la madre y/o padre: una palabra de aliento, sostenerle una mano, o dejarlos a solas unos momentos. Este es un proceso de retroalimentación o feedback.

### El Ruido

Es un elemento presente en todo circuito comunicacional. Centrándonos en las personas que intervienen diremos que el "ruido puede ser interno o externo".

Los "ruidos externos" se producen en el contexto o en el canal de la comunicación; estos son los más simples de neutralizar. Por ejemplo: en un consultorio médico, el ruido de la vía pública puede interferir en la consulta. Es posible reducirlo cerrando una ventana.

Cuando hablamos de "ruidos internos" nos referimos a los que son propios de cada persona; se relacionan sobre todo con la historia de vida de cada individuo. Ya nos hemos referido a ellos en el ejemplo de código.

Las experiencias vitales suelen tener significados diferentes para las personas; incluso situaciones similares pueden ser internalizadas de modos diferentes y esta-

rán presentes como "ruido", de mayor o menor intensidad, en la comunicación. Por ejemplo esto podría influir en la necesidad de buscar mayor o menor intimidad en la consulta por parte de las distintas personas.

En toda comunicación el ruido interno está presente y es posible reducirlo.

Las habilidades de comunicación son una contribución para disminuir los ruidos internos a efectos de poder entablar una comunicación eficaz.

### El Contexto

"Es el marco de contención en el que se inserta el mensaje".

Toda comunicación se produce en un marco que se denomina **contexto** que permite descifrar el texto, dándole sentido, validándolo y a veces constituyéndose en un mensaje en sí mismo.

#### Veamos ejemplos al respecto:

*A una mujer le dicen: "Pase por favor y quítese la camisa".*

*Si esto ocurre en un servicio de radiología no resultaría extraño y la conducta de la mujer es predecible y no sorprendería.*

*Pero en una institución bancaria, creemos que podría generar un escándalo.*

*La mujer, receptora del mensaje, en la primera situación, seguramente no manifestaría problema alguno, pero en la segunda situación, con seguridad, la respuesta, no resultaría fácil de anticipar.*

*Observamos que el **texto** es el mismo en ambas circunstancias pero lo que se modificó fue el **contexto**.*

## Habilidades de Comunicación

Habilidades son las herramientas de la comunicación para facilitar la interacción, y a través de la aplicación de las mismas, se pone en práctica la conceptualización.

A continuación mencionaremos algunas de las habilidades que favorecen la comunicación en la relación pediatra/usuario, cuya puesta en práctica están

relacionadas con lo actitudinal dentro de la consulta y no implica "per-se" una extensión del tiempo de la misma.

- Escucha activa.
- Empatía.
- Reconocimiento y estímulo.
- Como transmitir información.
- Formulación de preguntas.

► **Escucha activa:** la aplicación de esta habilidad comprende: la reformulación y el reflejo del sentimiento o empatía.

La escucha activa no es escuchar para responder, sino es una escucha para comprender y acceder a lo que el entrevistado siente y a lo que está capacitado para hacer frente a esa situación.

#### Ejemplo:

*Un niño asmático o con broncoespasmo, debe ser nebulizado. Supongamos que la madre del niño no pueda tolerar (por razones propias) colocar la máscara en la cara de su hijo y además sus condiciones socioeconómicas no le permiten abonar a otra persona para que lo realice. El pediatra debería conocer esta situación, caso contrario se corre el riesgo que la madre no siga la indicación y/o la aplicación del tratamiento en la forma prescripta.*

*Con la **reformulación** el pediatra podrá confrontar con la madre (repetiendo lo que ella le ha dicho, no siempre en forma textual). Esto sirve, por un lado, para corroborar que él ha comprendido bien y por otro lado, para que la madre misma pueda ratificar o rectificar el mensaje. Una persona al escuchar su propio mensaje en boca de otro, puede rectificar total o parcialmente lo dicho, y así acercarnos a "su" realidad.*

*Si en la consulta la mujer refiere: –Hace dos noches que no dormimos ni un segundo, primero porque tenía la nariz totalmente tapada y luego por la interminable manera de toser y ahogarse. El profesional podría preguntar-reformular lo que la mujer dijo: –;Quiere Ud. decirme que el niño ha estado desde hace dos días con la nariz tapada y tanta tos y ahogos que no los ha dejado dormir?*

Para poner en práctica la escucha activa, necesitamos tiempo, no un tiempo mayor al de la consulta, sino un tiempo para escuchar y observar a los entrevistados, que son quienes tienen la información. Debemos en lo posible evitar el uso de barreras como pueden ser el escritorio o la hoja donde se toma la historia clínica.

Sería deseable que el profesional hiciera contacto visual con la madre y/o padre, es decir estableciese una relación en un plano de igualdad o mirarlos a los ojos, si es una costumbre socialmente aceptada y sino mirarlos a la cara y así observar la comunicación kinésica (gestos, expresiones de la cara, tensión muscular o movimientos de ciertas partes del cuerpo). También es útil evaluar la comunicación próxemica (en caso de ser necesario, estar lo suficientemente cerca como para poder palmearle un hombro, pero también a una distancia adecuada para que no se sientan molestos por la cercanía).

▮ La **empatía** es "ponerse en los zapatos del otro" o sea ver el problema, analizarlo y buscar soluciones, desde el punto de vista del otro. Es también poder sentir como siente el otro.

Es importante tener esto en cuenta porque puede suceder que el profesional le indique a la madre y/o padre todas las cosas que debe(n) hacer, para cuidar y/o recuperar la salud del niño, sin conocer, si están en condiciones, físicas, psíquicas y económicas para poder hacerlas. El pediatra debería estar en conocimiento, si la madre y/o padre **puede(n), quiere(n), y/o necesitan ayuda para** realizarlo y en estas situaciones, quizás no frecuentes pero posibles, pensar junto a los padres a quién consideran que es la persona que podría cooperar y/o hacerse cargo.

La empatía se manifiesta en el uso de respuestas y gestos que demuestren interés en lo que el usuario nos está diciendo; siguiendo su relato y aceptando lo que dice, piensa y siente. Esto es posible hacerlo a través de respuestas simples, como: Mm, ¡ajá!, ¡ya veo! o gestos como sonreír, un movimiento de asentimiento con la cabeza, etc.

▮ Otra habilidad de la comunicación es la denominada **reconocimiento y**

**estímulo**, cuya aplicación permite por parte del profesional, reforzar la confianza y brindar apoyo al entrevistado.

Reconocer y elogiar lo que la familia está haciendo bien, tiene como objetivo que ésta mantenga y repita las conductas positivas, y asimismo brinda confianza a las personas. No es posible dar confianza y apoyo, si previamente no se ha comprendido y aceptado la situación y sus características. La aceptación, no implica necesariamente estar de acuerdo ni en desacuerdo, solo acepta. El corregir un concepto erróneo al comienzo de la entrevista podría reducir la confianza y limitar la capacidad de escucha del entrevistado/s. Por lo tanto sería importante aceptar y escuchar sin juzgar, ni criticar.

Es posible aceptar con un asentimiento de cabeza, diciendo: ¡Aja!, ¡Mm! Diciendo: "esto es lo que Ud. piensa" otra manera de aceptar y asegurar que lo está escuchando es devolverle el comentario.

En toda situación, por difícil que sea, siempre hay algo positivo para rescatar, y esto conduce a la teoría del refuerzo positivo de la conducta, que dice: "—Que cuando a una persona se le reconoce, lo que hace bien, hay una tendencia a repetir estas acciones—".

Refiriéndonos a la importancia de no juzgar y criticar una manera de hacerlo es no usando palabras enjuiciadoras negativas. Como: mal, incorrecta, insuficiente, inadecuado, desmejorado, etc.

▮ Otra habilidad importante es **cómo transmitir la información**.

Se resume en no dar órdenes sino "**sugerencias**" para poder permitir al entrevistado, elegir algunas de las que para él son más convenientes o posibles de realización.

Hablar en un "**lenguaje sencillo**": evitar el uso de vocablos técnicos, pues es posible que las personas, madres y/o padres se retiren de la consulta sin saber cuál es el diagnóstico y hasta el tratamiento, si los mismos no se comparten en un lenguaje que todos puedan comprender.

Brindar "**información pertinente**" (que sea útil en ese momento) y corta. Corroborar, si el entrevistado ha comprendido, solicitando que repita con sus propias palabras lo que se le ha dicho.

► Otra habilidad es la "**Formulación de preguntas**"; sugerimos la utilización de preguntas abiertas en la entrevista, ellas contribuyen a que los entrevistados puedan expresarse sin tener que abundar en preguntas, y los estimula a continuar hablando de sus necesidades.

Las preguntas "abiertas" se caracterizan por comenzar con palabras: ¿cómo? ¿qué? ¿cuándo? ¿dónde?

Por ejemplo:

- ¿Que le preocupa de su hijo?
- ¿Cómo se dio cuenta que no estaba bien?
- ¿Cómo y cuándo se está alimentando su bebé?

Las preguntas "cerradas" son aquellas que pueden ser contestadas por sí o por no y resultan útiles cuando queremos confirmar alguna información; a veces se corre el riesgo de sugerir la respuesta. Las preguntas cerradas se inician habitualmente con: ¿Está Ud.? ¿Hizo él? ¿Ha hecho o tenido Ud. o ella?

- ¿Tuvo fiebre?
- ¿Está ella comiendo bien?
- ¿Hizo sus deposiciones amarillas?

De manera sucinta hemos tratado de explicar el proceso comunicacional y las habilidades con que se podrían saltar algunos de los obstáculos más comunes en la comunicación. Existen muchas más que poniendo en práctica éstas, Ud. mismo irá descubriendo y sistematizando pues seguramente Ud. las aplica casi cotidianamente, como la confrontación, la negociación, la interpelación, etc.

Les deseamos mucho éxito y les auguramos una vida con menos conflictos a medida que transite por este camino de la comunicación eficaz.

## Bibliografía recomendada

1. Watzlawick, Beavin y Jackson. Teoría de la Comunicación Humana. Biblioteca de Psicología de Editorial Herder.
2. Winkin I. La nueva Comunicación. Editorial Kairós.
3. Curticio C. Cómo comprender la PNL. Editorial Granica.
4. Curticio C. PNL y Comunicación. Editorial Granica.
5. Seymour y O'Connor. Introducción a la PNL.
6. Alvarez R. Manual Práctico de PNL. Colección Crecimiento Personal. Editorial Serendipity.
7. Fritzen S. 70 juegos para dinámica de grupos. Editorial Lumen.
8. Stevens John O. El darse cuenta. Editorial Cuatro Vientos.