



LA COMUNICACIÓN ENTRE EL PROFESIONAL DE LA SALUD Y EL PACIENTE: ASPECTOS CONCEPTUALES Y GUÍA DE APLICACIÓN

Artículo publicado en 2006 en la revista “Enfermería Integral”, N° 73, pp. 27-34.

**Autor: Xavier Pons Diez
(Departamento de Psicología Social de la Universitat de València)**

.....

1. LA COMUNICACIÓN Y EL CONTEXTO SANITARIO

Una de las principales aportaciones de la psicología social al ámbito de la salud ha sido la de analizar el proceso comunicativo que se establece entre el profesional sanitario y el paciente, con la finalidad de optimizar este proceso y contribuir, de este modo, a un servicio sanitario de mayor calidad y eficacia (Rodríguez-Marín, 1998).

Investigaciones realizadas en muy distintos contextos culturales comprueban que la primera razón por la cual los pacientes se declaran satisfechos de la atención recibida en hospitales y en centros ambulatorios, es el trato humano que reciben por parte del profesional sanitario que los atiende –sea éste médico, enfermero,...–, destacándose como elementos fundamentales de este trato la empatía mostrada por los profesionales, la información comprensible que éstos aportan, el tiempo que dedican a la relación personal con el paciente y

la posibilidad que el paciente tiene de expresarse (Bensing, Schreurs y De Rijt, 1996; Harrison, 1996; Rodríguez-Marín y Mira, 2002).

Las condiciones estructurales y organizativas del sistema sanitario no siempre beneficiarán el trato personal y la consecución de una interacción satisfactoria, siendo, además, factores que pueden escaparse del control directo del propio profesional. No obstante, el profesional de la salud debe ser consciente de que mejorar la calidad de la asistencia sanitaria pasa, ineludiblemente, por mejorar el proceso interactivo que se establece con el paciente. Toda relación terapéutica implica, de modo necesario, un proceso de relación interpersonal (Rodríguez-Marín, 1998). El profesional sanitario lleva a cabo su función mediante una interacción directa con otra persona, por lo tanto, la comunicación interpersonal será una de sus herramientas imprescindibles de trabajo (Nouvilas, 1999). En la medida en que este profesional sea capaz de interactuar de manera apropiada y satisfactoria con el paciente, mejorará su función profesional y obtendrá el máximo rendimiento de las competencias técnicas que posee.

Ofrecer al paciente un trato empático y de alta calidad no sólo es un compromiso ético de la profesión sanitaria, sino que, además, resulta de gran utilidad para poder diseñar mejor los procesos terapéuticos y asistenciales en la dirección de las necesidades reales de cada persona, así como para recoger mejor información de utilidad diagnóstica y para lograr una mayor comprensión y adhesión al tratamiento por parte del paciente (Nouvilas, 2003).

A partir de lo expuesto, será necesario enmarcar conceptualmente el proceso de la comunicación humana, lo que nos permitirá introducir su análisis como proceso social básico.

La comunicación humana es un proceso de intercambio de información entre un emisor y un receptor, que supone la percepción de un significado común entre ambas partes (Musitu, 1996). La comunicación es un elemento esencial en el funcionamiento social humano, ya que permite a los individuos y los grupos relacionarse entre sí, conformando, de este modo, la misma sociedad. En todos los aspectos esenciales de las organizaciones laborales interviene la comunicación humana de una manera fundamental (Peiró, 1998). Del mismo modo, en las organizaciones en que trabajan profesionales que prestan un servicio básico a los ciudadanos –como los profesionales sanitarios– la comunicación es un instrumento fundamental de trabajo para ejercer esta actividad de la manera más adecuada y eficaz.

Es fundamental, en el proceso comunicativo, que emisor y receptor lleguen a un significado común, es decir, que el receptor llegue al mismo significado que pretende expresar el emisor. Esto se denomina “comunicación eficaz” (Musitu, 1996). Sin embargo, en muchas ocasiones, emisor y receptor no llegan a compartir un mismo significado. Esto sucede

así porque en la comunicación humana influyen muy diversos factores: los sentimientos de ambas partes, sus actitudes, sus expectativas, sus prejuicios o sus experiencias; por ello, no siempre un emisor y un receptor llegarán a establecer una comunicación eficaz, es decir, no siempre llegarán a elaborar un mismo significado. El auténtico significado de cualquier comunicación no es tanto lo que el emisor pretende decir sino el efecto que esta comunicación provoca en el receptor (Shapiro, 2004). Este hecho es connatural al propio proceso comunicativo y carece de excesiva importancia en la mayoría de los ámbitos de vida cotidiana de las personas. Pero, más allá de esto, al ejercer cualquier tipo de profesión que incluya relaciones interpersonales directas como elemento laboral básico, será preceptivo que el profesional se implique y esté motivado en conseguir una comunicación eficaz, pues, de lo contrario, la relación se empobrecerá y se verá resentida la calidad del servicio prestado (Gil, León y Jarana, 1995). El servicio ofrecido por estos profesionales se basa en la comunicación.

En el apartado posterior expondremos un conjunto de reglas de aplicación práctica que mejorarán el proceso comunicativo entre el profesional y el paciente.

2. GUÍA DE APLICACIÓN PRÁCTICA PARA OPTIMIZAR LA COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES DE LA SALUD Y PACIENTES

El paso previo a la aplicación de estas reglas implica un contenido actitudinal: adquirir conciencia plena de ser un profesional que está aportando un servicio a la comunidad y conceptualizar estas reglas como un importantísimo instrumento de trabajo que permitirá actuar con más profesionalidad. Lo que se expone en este apartado no es un simple aderezo a la labor del profesional de la salud, sino un conjunto de destrezas comunicativas que deben acompañar a todo el conjunto de competencias teóricas y procedimentales que el profesional posee para desarrollar su trabajo.

No obstante, la concienciación respecto al propio rol laboral resulta una premisa necesaria pero no suficiente. No basta con que el profesional de la salud esté de acuerdo en dar un trato de calidad al paciente, sino que, además, es necesario que sepa cómo hacerlo. La buena disposición a desempeñar una conducta asistencial completa, que incluya los elementos comunicativos como parte esencial de ella, únicamente se traducirá de forma real en tal conducta si el profesional sanitario sabe cómo llevarla a cabo. Como explica la teoría de la acción planificada (Ajzen, 1991), una actitud sólo predecirá la conducta subsiguiente si el individuo poseedor de tal actitud percibe que es capaz de ejecutar eficazmente tal conducta, en función de las habilidades, capacidades y recursos de que dispone; de lo contrario, será poco probable que una actitud favorable hacia determinada conducta se materialice en la realización efectiva de la misma. Por ello, será necesario aportar una guía de aplicación

práctica que permita al profesional sanitario disponer de recursos comunicativos para optimizar su relación profesional con el paciente.

En cualquier caso, es necesario señalar que esta guía de aplicación recoge modos de actuación en el ámbito laboral y nada dicen sobre lo que el profesional sanitario debe o no debe hacer en las relaciones sociales implicadas en su vida privada.

En los siguientes párrafos se desarrolla este conjunto de reglas comunicativas para el trato con el paciente genérico, dejando el último apartado de este trabajo para desarrollar algunas consideraciones específicas respecto a la relación con el denominado “paciente difícil”.

1.- Usar un lenguaje apropiado a la persona que escucha, evitando palabras o conceptos que para el profesional pudieran ser elementales pero que no todo el mundo tiene porqué conocer o comprender. Comunicar consiste en hacerse entender. Lo que se pueda expresar de manera inteligible para el receptor concreto no debe hacerse con expresiones más complejas.

2.- A la hora de dar indicaciones o prescripciones debe hacerse de manera clara, precisa y completa, además de comprensible para el paciente con el que se esté hablando. Hay que ponerse en el lugar del paciente y no darle informaciones de manera mecánica. También es importante evitar la ambigüedad y la polisemia en las palabras utilizadas. Por otro lado, no hay que escatimar obviedades que pudieran darse por supuestas, pues hacerlo podría tener como consecuencia un empobrecimiento de la comprensión.

3.- Dejar hablar al interlocutor –al paciente– y no interrumpirle de manera gratuita. Interrumpir sólo cuando no se entienda algo importante, cuando se pierda el hilo de la información, o cuando el interlocutor divague de manera muy exagerada. Evitar cortar sus frases, ni tampoco acabarlas por cuenta propia. Dejar expresarse es la mejor manera de alcanzar un conocimiento completo de la persona con quien se comparte la interacción comunicativa, además de ser la mejor manera de ganarse su respeto y confianza.

4.- Ayudar al interlocutor a que se sienta cómodo y libre en aquello que quiera expresar. Para ello será necesario propiciar un clima de cordialidad no intrusiva, esto es, de apertura completa para explicar todo aquello que sea relevante desde la perspectiva del paciente y todo aquello que sea necesario saber desde la perspectiva del profesional, pero, al mismo tiempo, manifestando respeto absoluto e incondicional hacia la persona particular y hacia su intimidad.

5.- Cuando el paciente habla, hay que demostrar interés por lo que está diciendo, por medio del *feedback* no verbal y mediante acciones tales como mirar al interlocutor a la cara,

colocar el cuerpo frente a él, asentir con la cabeza,... La relación comunicativa correcta no sólo implica escuchar, sino también demostrar que se hace. El paciente que se siente escuchado se mostrará mucho más implicado en el tratamiento, así como más colaborador con el profesional que lo atiende.

6.- Escuchar siempre para comprender al otro y no estar pensando qué es lo que se va a decir cuando el otro acabe de hablar. Escuchar significa prestar atención y demostrar que se hace. El énfasis en la elaboración cognitiva sobre cuál va a ser la propia intervención posterior podría resultar útil en un debate o contrastación de opiniones, pero en el caso de la mayoría de interacciones sociales –y, en especial, de la relación terapéutica– actúa como un distractor, por ser una interferencia psicológica a la comunicación eficaz. En definitiva, escuchar para comprender y no sólo para responder.

7.- Evitar, en la relación con el paciente, las interferencias físicas –interrupciones, ruido ambiental, espacios físicos inapropiados,...–, las interferencias psicológicas –distracciones, preocupaciones, tensiones,... que pudiera tener el profesional en el momento de la interacción– y las interferencias actitudinales –prejuicios sociales, estereotipos negativos, juicios prematuros sobre individuos, afectos negativos experimentados hacia un paciente,...–.

8.- Ser siempre empático. La empatía consiste en ponerse en el lugar del otro y, por un momento, situarse en la perspectiva ajena y no en la propia, con la finalidad de comprender mejor los sentimientos, necesidades y situaciones particulares de la otra persona. Ser empático no significa estar de acuerdo en todo, sino comprender la perspectiva ajena desde su posición, desde sus necesidades, desde sus sentimientos y desde sus circunstancias. La empatía implica un ejercicio de inteligencia relacional que permite entender las circunstancias para poder entender a las personas, incluso aunque se estuviera en desacuerdo con opiniones concretas del otro. Se trata, por tanto, de hacer uso de la inteligencia en la relación social para comprender mejor y más profundamente a los demás y a sus circunstancias.

9.- Tener paciencia en el trato con el interlocutor. Dejar tiempo para que se exprese de manera completa, pues no todo el mundo sabe expresarse con la misma facilidad. Además, esto es especialmente relevante en el marco de la interacción terapéutica, pues ésta suele incluir la expresión de sentimientos, preocupaciones, dudas o datos íntimos, que no siempre resultan fáciles de comunicar. El profesional ha de transmitir siempre calma y cordialidad.

10.- Evitar juicios de valor sobre el interlocutor. El juicio emitido sobre otra persona impele a ésta a asumir una actitud defensiva y la invita a buscar justificaciones. A la hora de analizar hechos problemáticos, es conveniente hacerlo desde la concreción objetiva de los comportamientos, los momentos y las consecuencias, más que generalizar y emitir juicios de

valor sobre la persona del paciente. Por ejemplo, no es lo mismo decir “dejaste de tomar la medicación durante tres días y, como consecuencia, pasó tal cosa”, que decir “así no vas a llegar a nada, no te vas a curar porque no colaboras”. En el primer caso, tenemos sobre la mesa los datos objetivos que permitirán la eficacia del tratamiento; en el segundo caso, sólo contamos con una afirmación genérica e irresoluble –y, tal vez, injusta–; en el primer caso, el paciente sabe lo que puede hacer para mejorar su estado; en el segundo caso, no lo sabe.

11.- Ser conscientes de que todas las personas tenemos necesidades físicas, psicológicas y sociales, pero que tanto éstas como la manera de satisfacerlas pueden ser muy distintas entre personas distintas. Hay muy pocas necesidades universales en cuanto al contenido y modo de satisfacción; es necesario respetar las peculiaridades personales, siempre que no entren en conflicto con los derechos ajenos.

12.- Atender no sólo al contenido del mensaje sino también a los sentimientos y necesidades de la persona. Esto significa atender no sólo al mensaje, sino también a la persona. El profesional ha de ser plenamente consciente de que se encuentra ante una persona completa y no sólo ante una colección de datos laborales. Las personas tienen sentimientos y actúan en función de ellos, como también lo hacen conforme a sus pensamientos, opiniones, expectativas, temores, creencias,... El profesional sanitario está aplicando unos procedimientos terapéuticos ante un individuo completo y complejo, con reacciones psicológicas complejas y, a menudo, imprevisibles, lo cual convierte su labor terapéutica en algo bastante más intrincado que lo que significaría reparar un elemento tecnológico inerte.

13.- Hacer preguntas siempre que se necesite conocer un dato relevante o entenderlo mejor, así como cuando se desee animar a la otra persona a expresarse. Esto también ayuda a conocer y comprender el punto de vista del paciente sobre las cuestiones tratadas. Nunca hay que dar por supuesto que se conoce sobre el paciente algo sobre lo que no se tiene certeza. Pero, desde luego, preguntar debe ser una manera de obtener información relevante, nunca de adoptar un comportamiento intrusivo.

14.- Estar atento a los mensajes no verbales del otro, pues ésta es una buena fuente de información para comprender mejor a la persona, sus sentimientos, necesidades, dudas y preocupaciones. A través de los mensajes no verbales del paciente se puede obtener información de gran valor comunicativo sobre cómo es esa persona, cuál es su estado de ánimo, cuáles son sus expectativas, sus temores, su motivación para el tratamiento, así como sobre una gran cantidad de rasgos caracterológicos, comportamentales y psicosociales del paciente. No obstante, conviene no obsesionarse con los datos no verbales percibidos, ni pretender convertirse en un adivino a través de la observación de éstos.

15.- Ser consciente de la propia comunicación no verbal y utilizarla como un recurso comunicativo de primer orden. Esto implicará acciones concretas tales como sonreír o mantener una expresión facial distendida –siempre que la situación no sea impropia para ello–; mirar hacia el interlocutor cuando se le hable o cuando se le escuche, pero no haciéndolo de manera agresiva ni insistente; usar un tono de voz que transmita calma, cordialidad y servicialidad; mantener una postura corporal abierta –no cruzarse de brazos, ni esconder las manos, ni expresar tensión corporal,...–; no gesticular excesivamente, ni tampoco mostrarse inexpresivo;... La utilización de los recursos comunicativos no verbales es el instrumento más idóneo para crear un clima de cordialidad y confianza mutua en la relación terapéutica. Hay que ser consciente de que la manera en que se dicen las cosas es tan importante como lo que se dice explícitamente.

16.- Siempre hay que considerar el ambiente físico y social en el que nos encontremos. Lo que para un individuo es un lugar habitual y rutinario de trabajo, para otro puede ser un lugar extraño, incómodo o desagradable. En el ámbito sanitario esta circunstancia es especialmente relevante. Para el profesional, el centro de salud o el hospital es su “oficina”, el lugar en el que desarrolla cotidianamente sus rutinas de trabajo. Sin embargo, para el paciente o para sus familiares, puede ser un espacio incómodo y vinculado a sentimientos dolorosos. Además, es un contexto despersonalizador, en el que el paciente es despojado de su ropa, de su intimidad y de su individualidad; donde sus hábitos cotidianos de comidas, sueño o descanso se tienen que interrumpir; donde está continuamente recibiendo órdenes y sometándose a procedimientos altamente burocratizados e intrusivos; donde el campo perceptivo está dominado por fuertes olores característicos –muchas veces imperceptibles para el profesional sanitario, por un simple proceso de habituación perceptiva–; donde las reacciones emocionales intensas y desagradables son frecuentes;... Todo ello hará que lo que es el espacio habitual de trabajo para el profesional sea para el paciente un lugar poco grato. Será imprescindible tomar esto en consideración para llegar a una empatía terapéutica más completa y correcta.

17.- En ocasiones, puede ser útil utilizar la técnica comunicativa de la paráfrasis, consistente en repetir el mensaje recibido para contrastar si es exacto lo que se ha entendido o si falta información adicional o se ha entendido erróneamente. Un ejemplo de paráfrasis sería el siguiente: “entonces, me dices que no has podido hacer los ejercicios de rehabilitación porque esta semana has tenido más trabajo de lo normal”; ante lo cual el paciente podría confirmar: “sí, efectivamente, pero normalmente sí que tendré tiempo para hacerlos” o rectificar: “no, no es por eso; sí que tengo tiempo al llegar a casa, pero estoy muy cansado y no me apetece hacer nada”. Este procedimiento facilitará al profesional la comprensión completa de aquello que exprese y le ocurra al paciente, especialmente cuando éste aporta información de manera poco clara. Además, la información será comprendida de manera

completa por el profesional de la salud, gracias a un procedimiento que es, al mismo tiempo, sutil, empático, no intrusivo y muy eficaz.

18.- Verificar si el paciente ha comprendido, realmente, aquello que se le ha dicho. Este es el necesario complemento del punto anterior. Si la paráfrasis permite al profesional comprobar si él mismo ha entendido con exactitud, la verificación sobre el paciente le permitirá contrastar que éste ha captado, con la amplitud conveniente, aquellos detalles relevantes referidos al diagnóstico, al pronóstico o a la prescripción. Puede ocurrir que el paciente se quede con dudas o ambigüedades sobre estas cuestiones, lo cual entorpecerá el cumplimiento terapéutico y la motivación para la recuperación, así como la satisfacción experimentada ante el sistema sanitario. La obtención de esta verificación debe incluir el mantenimiento de una actitud abierta y de escucha activa ante las verbalizaciones del paciente y, si fuera necesario, volver a explicar en términos más comprensibles. En ciertas ocasiones, puede buscarse verificación mediante preguntas simples y amables.

19.- Demostrar, en todo momento, una elevada motivación hacia el propio trabajo. Es claro que la motivación laboral depende de factores muy diversos, que no sólo corresponden al esfuerzo actitudinal del profesional. En todo caso, el paciente no es responsable ni causante de esos posibles factores. Por ello, si eventualmente existieran causas de desmotivación laboral, el profesional sanitario debe aislarse de ellas durante su relación con el paciente. La desmotivación es fácilmente captada por quien recibe el servicio, produciendo, así, un decremento de la credibilidad otorgada al profesional, de la credibilidad otorgada al tratamiento y, por tanto, de la adhesión al mismo. Este efecto de la desmotivación laboral sobre el paciente es tan significativo como el que produciría una desconfianza en las competencias técnicas del profesional.

20.- Autoexigirse un esfuerzo de amabilidad, de capacidad de adaptación y de flexibilidad en el trato con el paciente, mayor al que se esperaría en otros ámbitos de relación social. En el ámbito comercial, la satisfacción de un cliente por el trato recibido representa una ventaja competitiva para la empresa, pues será más probable que ese cliente vuelva a comprar o contratar un servicio con esa empresa o que hable bien de ella. En el terreno sanitario público, perder un “cliente” es poco probable, motivo por el cual, pudiera darse un cierto grado de relajación respecto al grado de amabilidad, temple e inteligencia emocional y relacional que el profesional ponga en juego. Sin embargo, la elección de una profesión determinada lleva consigo la aceptación de ciertas condiciones psicológicas inherentes a su práctica. Del mismo modo que quien no guste del trato interpersonal no podría dedicarse a una profesión comercial o que una persona que manifestara fobia a la sangre no podría ser un buen profesional sanitario, hay que plantearse que tampoco lo sería quien no fuera capaz de

adaptarse de continuo a situaciones relacionales diversas con pacientes muy diversos, manteniendo, por defecto, un nivel elevado de tacto y sensibilidad en las relaciones.

3. LA COMUNICACIÓN CON EL “PACIENTE DIFÍCIL”

Se entiende por “paciente difícil” a aquél que por su comportamiento constituye una importante fuente de estrés para el profesional de la salud, principalmente en el ámbito hospitalario. Siguiendo la interesante y exhaustiva aportación de Vanderpool (1988), definiremos en este apartado una tipología de este tipo de paciente, así como las respuestas que deberían ser más adecuadas por parte del profesional que lo atiende.

Primeramente, enunciaremos las seis formas más habituales de comportamiento del “paciente difícil”:

– Pacientes regresivos. Muestran conductas infantiles alejadas de la expectativa de un comportamiento adulto.

– Pacientes agresivos. Manifiestan ira y enfado hacia el profesional, pudiendo llegar a la agresión verbal, la crítica áspera o la increpación personal hacia éste.

– Pacientes obstinados. Niegan que necesiten atención sanitaria o que el tratamiento propuesto vaya a resultar eficaz.

– Pacientes desmotivados. Adoptan una actitud pasiva y apática ante el tratamiento, pero sin mostrar agresividad o enfado.

– Pacientes “incurables”. Recaen con gran frecuencia, son quejicosos y parecen interesados, de alguna manera, en conservar sus síntomas y en no buscar la curación.

– Pacientes dependientes. Muestran descontento si el profesional no está continuamente pendiente de ellos, reclaman atención constantemente y no quieren adoptar un papel activo para curarse.

En párrafos posteriores nos extenderemos en el análisis diferencial esta tipología y en las respuestas específicas por parte del profesional. No obstante, citaremos antes cuatro normas generales de actuación ante este tipo de comportamientos, aplicables igualmente para los seis tipos expuestos:

– Identificar al “paciente difícil” y distinguirlo de aquel paciente genérico que, ocasionalmente, pudiera manifestar algún comportamiento inapropiado o disruptivo. El

paciente llamado “difícil” muestra este tipo de conductas de manera sistemática y característica. No estamos hablando, pues, de un paciente genérico que en un momento determinado manifestara enfado, temor, ansiedad, desmotivación o un comportamiento similar. Es muy importante que la experiencia lleve a saber distinguir entre ambos y evitar calificar toda actitud poco colaboradora con esta etiqueta.

– Verificar, en segundo lugar, si el comportamiento manifestado por el “paciente difícil” se debe a algún problema psicológico –depresión, trastorno de la personalidad,...– o a algún problema de origen físico –daño cerebral, síntomas de abstinencia, efectos secundarios de un medicamento,...–. En estos casos, será necesario iniciar el tratamiento adecuado al trastorno que se hubiera detectado.

– Evitar, por norma general, la irritación y el enfado como respuesta ante el comportamiento de este tipo de pacientes, pues ello sólo favorecería el mantenimiento de su conducta disruptiva.

– No interpretar, en ningún caso, el comportamiento inapropiado del paciente como una reacción personal hacia el profesional. Esto permitirá al profesional mantenerse en una posición objetiva y realista, además de reducir la probabilidad de experimentar estrés laboral y sentimientos de frustración en el desempeño del propio rol.

De manera más específica, nos referiremos a los distintos tipos anteriormente expuestos:

– Pacientes regresivos. El ámbito hospitalario puede favorecer alguna regresión emocional leve en los enfermos, pues éstos son tratados, en algunos aspectos, como si fueran niños: se les da de comer, se les baña, se les obliga a permanecer en cama, se les transporta en sillas de ruedas de un lado a otro,... En casos más acentuados pueden darse rasgos claros de una regresión infantil, incluyendo gimoteos, lloros, rabietas o mostrarse silenciosos o vergonzosos. En estos casos acusados se debe actuar desde una actitud de calma y comprensión, pero sin mostrar en ningún momento una respuesta paternalista por parte del profesional. Ante el comportamiento regresivo no hay que manifestar una dosis especialmente más elevada de atención personal, pues esto reforzaría la conducta infantilista. El profesional de la salud debe saber, además, que si el paciente regresivo se ve privado de la atención “especial” que espera, éste podrá incrementar, en primera instancia, su conducta inapropiada; sin embargo, dejará de hacerlo cuando verifique que no va a obtener el trato paternalista que parece estar esperando. Por contra, debe tratarse siempre como a una persona adulta, permitirle un progresivo control sobre su vida y explicarle claramente los plazos previstos para recuperar su autonomía –en la medida que vaya avanzando el tratamiento–, así como aportarle información comprensible acerca de todo aquello que se realice sobre su persona

–intervenciones, desplazamientos, horarios,...– con la finalidad de que no se perciba a sí mismo como un ser pasivo e indefenso. Es útil reforzar verbalmente cualquier comportamiento del paciente que se aleje de expectativas infantilistas.

– Pacientes agresivos. La increpación verbal a un profesional que intenta ayudar puede resultar muy frustrante para éste. En ningún momento el profesional de la salud debe responder con ira o agresividad; antes de ello, debería considerarse la posibilidad de poner el caso en manos de otro profesional. Pero tampoco debe tolerarse el comportamiento airado del paciente. La situación debe tratarse de manera inmediata, con firmeza, asertividad y objetividad, pero también con serenidad y sin emotividad. Habría que recurrir a preguntas abiertas que aclararan los motivos de tal reacción. El objetivo es restablecer una relación terapéutica con los límites apropiados, lo cual resultará complicado si el profesional opta por ponerse a la defensiva o entrar en disputas. En este caso es especialmente relevante aplicar las cuatro indicaciones genéricas dadas en párrafos anteriores, así como informar serenamente al paciente de que el profesional nunca se detendrá a discutir. También es adecuado reforzar cualquier manifestación de cordialidad que pudiera expresar el paciente en sus momentos más calmados. Por otro lado, las agresiones físicas requieren ser respondidas con medidas legales.

– Pacientes obstinados. En este grupo se encuentra tanto el paciente que manifiesta una negación inicial como el que duda o niega abiertamente la eficacia del tratamiento propuesto. En el primer caso, el paciente expresará –aun en contra de la evidencia objetiva– la inexistencia de una enfermedad en él y, por consiguiente, la no necesidad de someterse a ningún tratamiento. En el segundo caso, el enfermo dudará sistemáticamente de que los procedimientos terapéuticos propuestos sean eficaces para curarse –más probablemente en el caso de técnicas no farmacológicas: dieta, modificación de estilos de vida, ejercicio físico, terapias psicológicas,...–. La negación inicial y la negación del tratamiento suelen remitir con el tiempo mediante una actitud paciente y comprensiva por parte del profesional. En todo caso, es conveniente plantear abiertamente al enfermo que él tiene libertad para elegir entre mantener su dolencia o curarse, presentándole objetivamente las consecuencias que ambas alternativas tendrán sobre su vida. Conceder un cierto grado de libertad e, incluso, si el caso lo permite, concederle tiempo para pensárselo, suele tener efectos positivos. Otra cuestión importante es tomar en consideración si la reacción obstinada ha sido debida a algo que el profesional ha dicho o hecho con anterioridad. Las personas susceptibles a este tipo de comportamiento suelen ser muy sensibles a aquello que se les diga. Esto hay que tenerlo en cuenta, pues cualquier verbalización inadecuada que realizara el profesional, por nimia que pudiera parecer, podría ser interpretada erróneamente por algún paciente y reducir la confianza que éste deposita en aquél.

– Pacientes desmotivados. A diferencia del agresivo, el paciente desmotivado es apático y no colérico. En este tipo de comportamiento suele existir de fondo un trastorno depresivo o de la personalidad, que debería ser tratado adecuadamente. De cualquier modo, el profesional debe adoptar una actitud de comprensión incondicional ante este paciente que, recordemos, no es colaborador pero tampoco agresivo. No debe pensarse que el enfermo es vago o que no quiere curarse; sí que va a desear curarse, pero, en estos momentos, carece de la motivación suficiente para seguir con constancia aquello que se le prescribe. El profesional debe evitar la obstinación en continuar el tratamiento si, durante un tiempo relativamente largo, lo ha intentado sin éxito. Si el diagnóstico lo permitiera, es más efectivo suprimir el tratamiento e intervenir sobre las causas que mantienen la actitud apática y desmotivada.

– Pacientes “incurables”. Son pacientes que no parecen curarse nunca y que, incluso, pueden empeorar con la terapia aplicada. En cierto sentido, se niegan a ponerse bien aunque el tratamiento sea el adecuado. El terapeuta debe considerar la posibilidad de que el enfermo, por algún motivo, desea conservar sus síntomas. Hay que identificar cuáles son estos posibles motivos: evasión de responsabilidades en la vida social, asegurar la atención de otras personas, somatizaciones,... En cualquier caso, las ganancias secundarias que el paciente pudiera obtener derivadas de sus síntomas sólo podrán ser eliminadas sometiéndose a tratamiento psicológico. Así pues, el profesional debe detectar los condicionantes psicológicos de este comportamiento anómalo en su paciente, para lo cual puede ser conveniente buscar asesoramiento en un especialista de la psicología clínica. Insistir en un tratamiento farmacológico o físico cuando el problema del enfermo es de otra índole, sólo servirá para acentuar los sentimientos de frustración del profesional y para mantener las quejas crónicas del paciente.

– Pacientes dependientes. Se trata de personas que reclaman una atención constante. Son exigentes con los servicios sanitarios, no se conforman con la atención corriente que se les dispensa y suelen desear habitualmente que alguien cuide de ellos. El profesional sanitario se ocupa, precisamente, de cuidar a otras personas, de ahí que este tipo de personas se adhiera con facilidad a ellos. Es importante que el profesional sepa establecer límites razonables y firmes en la relación con los pacientes y que no vaya más allá de lo que corresponde a su rol. Si el paciente dependiente exige más, el profesional debe estar dispuesto a romper la relación terapéutica o, eventualmente, ponerla en manos de otro colega. Ante la posibilidad de quedarse sin ayuda, muchos pacientes de este tipo aceptarán los límites razonables que se les propone.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Bensing, J., Schreurs, K. y De Rijdt, A. (1996). The role of general practitioner's affective behavior in medical encounters. *Psychology and Health*, 11, 825-838.
- Gil, F., León, J.M. y Jarana, L. (1995). *Habilidades sociales y salud*. Madrid: Pirámide.
- Harrison, A. (1996). Patients' evaluations of their consultations with primary health clinic doctors in the United Arab Emirates. *Family Practice*, 13, 59-66.
- Musitu, G. (1996). *Manual de psicología de la comunicación*. Valencia: Editorial Serrano Villalba.
- Nouvilas, E. (1999). Psicología social y salud. En J.F. Morales y C. Huici (Eds.), *Psicología social*. Madrid: McGraw-Hill - UNED.
- Nouvilas, E. (2003). Atribución del cumplimiento terapéutico: Diferencias entre pacientes y profesionales de la salud. En J.F. Morales y C. Huici (Eds.), *Estudios de psicología social*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Peiró, J.M. (1998). *Psicología de la organización*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Rodríguez-Marín, J. (1998). Psicología social de la salud. *Informació Psicològica*, 67, 4-11.
- Rodríguez-Marín, J. y Mira, J.J. (2002). Calidad y humanización de la atención sanitaria. *Viure en Salut*, 53, 12-13.
- Shapiro, M. (2004). *Neuro-linguistic programming*. Londres: Hodder & Stoughton.
- Vanderpool, J.P. (1988). Las relaciones estresantes con el paciente y el paciente difícil. En D. Krueger (Ed.), *Psicología de la rehabilitación*. Barcelona: Herder.