



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIO SANITARIAS

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2015/2016

Convocatoria Febrero

Modalidad: Propuesta de Intervención

Título: Propuesta de Intervención en Habilidades de Comunicación en Médicos

Autor: María Teresa Molina Mas

Tutora: Mari Carmen Neipp

Elche a 1 de Febrero de 2016

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
3. OBJETIVO.....	8
4. MÉTODO.....	8
4.1. Diseño de la intervención.....	8
4.2. Descripción del programa.....	9
4.3. Descripción de las sesiones.....	10
I. Objetivo	
II. Duración	
III. Materiales	
IV. Desarrollo de la actividad	
5. DISCUSIÓN.....	19
6. BIBLIOGRAFÍA.....	21
ANEXO 1.....	25
ANEXO 2.....	33
ANEXO 3.....	35



1. RESUMEN

En la actualidad se ha comprobado que los problemas de comunicación entre médicos y pacientes pueden causar efectos negativos en la salud de los individuos. Las barreras de comunicación son las responsables de dichos problemas, como son la terminología técnica y especializada que utiliza el médico, y el uso de siglas, entre otros. La mejora de la comunicación entre el médico y el paciente favorece la relación entre ambos consiguiendo una mayor participación del paciente en las decisiones, mayor cumplimiento de sus expectativas, mayor adherencia a los tratamientos y una mayor satisfacción profesional. Dentro de la comunicación en el ámbito médico, son pocos los médicos que se han formado en la comunicación de las malas noticias, siendo un aspecto muy importante a considerar para evitar un mayor sufrimiento. Todo ello abordado con psicología positiva para conseguir la satisfacción incidiendo en lo positivo a través de las fortalezas.

Palabras clave: comunicación, médico-paciente, psicología positiva y malas noticias.



2. INTRODUCCIÓN

Existen estudios en la actualidad que revelan que la relación que se establece entre el médico y el paciente tiene una estrecha influencia sobre la salud, el funcionamiento y la satisfacción global desarrollada en los servicios sanitarios. En los últimos años se ha pasado de tener un modelo de relación profesional-paciente basado en el paternalismo a la puesta en práctica de un enfoque mutualista centrado en ambos. En el modelo paternalista eran los médicos los encargados de dirigir y decidir todo el proceso desde que el paciente acudía a consulta, ocultando información que se consideraba no beneficiosa para el enfermo, eligiendo el tratamiento sin previa consulta, siendo el paciente un sujeto pasivo (Roter y Hall, 1993; Mead, 2002). En el caso del modelo mutualista, el enfermo adopta un rol de autonomía donde es informado de todo lo que desee acerca de su enfermedad, está implicado en la toma de decisiones, y con la ayuda del médico se acuerda una decisión final (Kim, Kols, Bonnín et al., 2001; Foster, 2002).

En los últimos años se está produciendo un aumento de estudios sobre la comunicación de los profesionales sanitarios con los usuarios (Bellón y Martínez, 2001). La comunicación entre ambos, es uno de los principales factores para obtener un incremento en la atención prestada en salud, influyendo también en el diagnóstico desarrollado por el médico y en su posterior tratamiento. Con ello se considera necesaria una buena comunicación poniendo en práctica habilidades comunicativas entre médico y paciente.

La mejora de la comunicación médico-paciente se ha relacionado con una mayor participación en las decisiones (Starfield, et al., 1981), mayor cumplimiento de las expectativas de los pacientes (Robbins, et al., 1993), mayor adherencia a los tratamientos (Prados, 1992) y mayor satisfacción profesional (Roter, et al., 1997). Todo ello influirá en la acción del paciente convirtiéndose en queja con su posterior abandono o en fidelización.

Un aspecto de suma importancia a destacar ya que entorpece la relación entre médico y paciente es la poca formación que reciben los profesionales en las universidades sobre la comunicación de malas noticias. Es un asunto a tener en cuenta pues se trata de momentos difíciles tanto para el profesional como para el enfermo, donde debido a una mala comunicación por parte del médico puede posteriormente dificultar la relación entre ambos.

Ante todo, la comunicación puede definirse como el conjunto de los procesos físicos y psicológicos mediante los cuales se efectúa la operación de relacionar a una o varias personas (emisor/es con receptor/es), con el objetivo de alcanzar determinados objetivos (Anzieu, 1971). Pero en ocasiones existen barreras que dificultan dicha comunicación entre profesionales sanitarios y enfermos.

Es aquí donde una buena base en habilidades comunicativas favorece la relación sanitaria y promueve la colaboración entre médico y paciente (Duffy, Gordon, Whelan, Cole-Kelly y Frankel, 2001). No hay que olvidar que se trata de un proceso interactivo entre dos personas y es conveniente eliminar las barreras comunicativas para una mayor satisfacción, pues la comunicación no sólo sirve para que el médico recabe información, sino para que el paciente se sienta escuchado, creando así un clima de confianza.

Tener habilidades consiste en poseer una serie de pautas para un correcto comportamiento a la hora de tratar con los pacientes. Dichas habilidades radican en no tener tan sólo en cuenta la comunicación verbal, sino también la comunicación no verbal y además los componentes paraverbales, pues las palabras expresan solamente una parte del mensaje. En la práctica médica es esencial la comunicación verbal y no verbal que se establece en el encuentro con el paciente (Travaline, Ruchinskas y D'Alonzo, 2005). Las palabras, por sí solas, quieren decir cosas, pero la forma de emitir las (gestos, miradas, tonos, contexto, posturas corporales, etc.) determina completamente el contenido del mensaje y, en consecuencia, la repercusión del mismo (Llacuna, 2000).

Cuando alguna de estas habilidades comunicativas entre profesional y paciente falla, se produce un clima de desconfianza, falta de adherencia terapéutica, insatisfacción y abandono por parte del usuario. Britten (2000), encontró que la falta de intercambio de información entre el médico y paciente, la falta de comprensión en el diagnóstico y la incompreensión del tratamiento indicado, ocasionan la falta de adherencia terapéutica por parte del paciente. Un abogado decía que: *“Gran parte de las demandas por negligencia son debidas en realidad a quejas sobre una mala información. Hay médicos que no escuchan al enfermo, que no explican de forma asequible el diagnóstico, el tratamiento, los riesgos y las secuelas que este último puede producir. Hay que buscar el modo de restablecer la comunicación entre el médico y el paciente, de manera que se desdramatice todo lo que supone una demanda civil”*.

De igual modo, la comunicación de malas noticias debe realizarse de acuerdo a unas pautas para evitar el futuro sufrimiento del destinatario. Una mala noticia, según Buckman (1984), se podría considerar la información que produce una alteración negativa en las expectativas personales en el presente y el futuro. Si se comunica una mala noticia de forma inadecuada, en su mayoría, genera confusión, sufrimiento y resentimiento, pero se puede conseguir comprensión, aceptación y conciliación si se emplea una comunicación apropiada. No existe una fórmula para dar las malas noticias, pero sí una serie de condiciones y habilidades para hacerlo de manera menos equivocada. Dunphy decía *“Ningún médico puede decir a otro*

cómo conducirse con un paciente en esta situación. Se trata de algo muy personal y que varía de médico a médico y de paciente a paciente”.

Se pueden diferenciar varios tipos de malas noticias, pero la muerte comprende el área más compleja de tratar. Comunicar el fallecimiento de un familiar no requiere tan sólo preparar a la familia, también el médico tiene que tomar conciencia y verse preparado, ya que existen temores en estos últimos a la hora de enfrentarse a estas situaciones. La reacción de los familiares y/o del paciente es difícil de estimar, pues depende de su personalidad y de circunstancias del contexto en ese momento.

Existe preocupación en este ámbito, pues comunicar malas noticias es una práctica frecuente para la cual no se ha recibido formación adecuada y genera gran preocupación entre los sanitarios. Es conveniente que todo profesional sanitario adopte una formación específica en cómo dar las malas noticias empleando una correcta habilidad de comunicación. Walter F. Baile y Robert Buckman elaboraron un protocolo de comunicación de malas noticias en medicina, con el objetivo de guiar con éxito al profesional en su entrevista con el paciente.

Si todo ello, se acompaña finalmente de una psicología positiva, se conseguiría una relación médico-paciente más satisfactoria, pues las emociones positivas pueden servir como herramientas para enfrentar problemas (Fredrikson, 2000), y con ello se reducirían los conflictos acontecidos en consulta.

La psicología positiva se trata de una rama de la psicología con el mismo valor científico, pero en vez de tener en cuenta, como siempre se ha hecho, los aspectos negativos del ser humano, se centra en las cualidades y característica positivas. El propulsor del término “psicología positiva” ha sido Martin Seligman, investigador que se ha dedicado durante mucho tiempo al trastorno mental, y que además ha elaborado y promovido una concepción más positiva de la especie humana. El fin de la psicología positiva es mejorar la calidad de vida de las personas y evitar los trastornos mentales. Experimentar emociones positivas lleva a estados mentales y modos de comportamiento que de forma indirecta preparan al individuo para enfrentar con éxito dificultades y adversidades (Fredrickson, 2001). Por tanto, la psicología positiva aplicada en la comunicación que se establece entre el médico y el paciente favorece la relación entre ambos, produciendo con ello una visión generalmente positiva en todas las circunstancias producidas en consulta y evitando situaciones conflictivas cuando son tenidas en cuenta las características negativas.

Seligman, destaca 24 fortalezas de la personalidad que se deberían potenciar para desarrollar una felicidad positiva. Entre ellas, se destacarán 3 en este artículo: el optimismo, la resiliencia y el humor.

La primera de ellas, el Optimismo, se trata, pues, de una característica psicológica que deriva en una visión de futuro positiva y relaciona con variables como la perseverancia, el logro, la salud física y el bienestar (Peterson y Bossio, 1991; Scheier y Carver, 1993) que han hecho que se considere uno de los principales puntos de la psicología positiva. Los médicos pueden hacer uso de esta característica a través de la motivación por conseguir unas expectativas favorables de futuro en el tratamiento de algún paciente, en el logro de una curación, entre otros, consiguiendo centrarse tan sólo en aspectos positivos y olvidarse de los puntos negativos. El optimismo actúa como barrera protegiendo la salud y el bienestar, además de modulador en momentos difíciles, aliviando el estrés y el sufrimiento (Peterson, Seligman y Vaillant, 1988). El optimismo, por tanto, sirve de protección contra las adversidades del día a día. (Avia y Vázquez, 1998; Taylor, Kemeny, Reed, Brower y Gruenewald, 2000).

La siguiente fortaleza resalta en situaciones traumáticas, donde la persona hace frente al acontecimiento extremo, creando una nueva visión de su mundo y de sus valores, de manera que en esta reconstrucción puede darse un aprendizaje y un crecimiento personal (Janoff-Bulman, 1992; Calhoun y Tedeschi, 1999), se trata en este caso de la Resiliencia. Es la capacidad que tienen los individuos para afrontar, reaccionar y salir endurecidos después de experiencias fuertes. Incluye dos aspectos importantes: resistir el suceso y rehacerse del mismo (Bonanno, Wortman et al, 2002; Bonanno y Kaltman, 2001). Un estudio pionero de Wortman y Silver (1989) recoge datos empíricos que manifiestan que no todas las personas que pasan por malas situaciones tiende a la depresión y al sufrimiento. Las personas resilientes mantienen templanza en momentos difíciles, por tanto los profesionales sanitarios que aplican la resiliencia son capaces de hacer frente a acontecimiento traumático sin perder sus niveles funcionales. Con la utilización de una perspectiva resiliente por parte de los médicos, se consigue que la comunicación con sus pacientes no se vea afectada, consiguiendo establecer una buena relación y alianza terapéutica.

De igual modo, el humor es un factor clave en determinados momentos, ya que deja a un lado los aspectos negativos y la risa pasa a ser el protagonista, incluso en momentos difíciles. El humor y su forma de expresión, la risa, son piezas muy importantes de investigación en la psicología positiva. Investigaciones científicas han demostrado que la risa es un buen medicamento para reducir el estrés y la ansiedad, mejorando así la calidad de vida y la salud física de las personas. Según el profesor de patología de la Universidad

de Loma Linda, en California y uno de los principales investigadores en el mundo sobre la salud y el buen humor, el Dr. Lee Berk *“sirve como una válvula interna de seguridad que nos permite liberar tensiones, disipar las preocupaciones, relajarnos y olvidarnos de todo”*. Diversos psicólogos han encomendado utilizar el humor en consulta, ya que puede aportar importantes beneficios en la relación médico-paciente (Forsyth, 1993; Fry y Salameh, 1987, 1993, 2001). Según estos profesionales, el humor puede ayudar a establecer una adecuada relación terapéutica, a expresar con facilidad las emociones y a conseguir que el paciente se aleje de sus preocupaciones. Se trata, pues, de la consecución de un contacto inicial más gratificante, ayudando con eso a obtener una mejor comunicación, reducir la ansiedad y fortalecer la alianza terapéutica. Un beneficio a resaltar es la capacidad del humor a la hora de comunicar mensajes difíciles, propiciando un entorno apropiado para expresar sentimientos, incluidas las emociones hostiles.

Con todo ello, el objetivo final es conseguir profesionales con mayor formación en habilidades comunicativas para establecer una buena relación entre médico y paciente, y alcanzar de esta forma una mayor satisfacción sanitaria. Se pretende ofrecer, además, un aprendizaje base para saber actuar y comunicar información en situaciones delicadas, pues se trata de momentos en que la actuación del médico es primordial para el paciente. Para ello, se plantea el uso de la psicología positiva resaltando las cualidades positivas de las personas, en concreto el optimismo, la resiliencia y el humor.

3. OBJETIVO

Diseñar un programa de intervención para fomentar las habilidades comunicativas en médicos.

4. MÉTODO

4.1. Diseño de la Intervención

Las personas directas a las que va dirigido este programa son médicos, no residentes, del Hospital Universitario Virgen de la Salud de Elda. Concretamente, se trata de 4 médicos oncólogos, 5 hematólogos, 5 cirujanos, 6 traumatólogos, 4 cardiólogos, 8 anestelistas, 8 internistas y 4 neurólogos, siendo un total de 44 participantes. Todos ellos seleccionados por el equipo médico tras una reunión de información periódica, pues se consideran dichas áreas las más necesitadas en cuanto a la disposición de habilidades comunicativas para entablar una buena relación con los pacientes y en concreto, son los profesionales que más

a menudo tiene la tarea de comunicar malas noticias. Quedan excluidos los demás profesionales por tratarse de un programa práctico donde se necesita atención individual constante, y un número muy elevado distorsionaría la plena dedicación de la instructora para estar al corriente de todos.

En cuanto a la comprobación de los conocimientos por parte de los profesionales, resulta necesario disponer de una línea base en el momento del inicio del curso, para evidenciar al final del mismo si dicha intervención ha causado efecto consiguiendo un aprendizaje de los temas tratados. Para ello, se averigua la existencia de cuestionarios para medir las habilidades de comunicación en profesionales sanitarios.

Se dispone, finalmente, de la Escala de Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud (Health Professionals Communication Skills Scale (HP-CSS)) para medir esos conocimientos (Leal, Tirado, Rodríguez-Marín y Van-der Hofstadt, 2014). Se trata de una escala tipo Likert, con 18 ítems y 6 alternativas de respuesta (1=casi nunca, 2=de vez en cuando, 3=a veces, 4=normalmente, 5=muy a menudo y 6=muchas veces). En ella se pueden medir 4 dimensiones: a) comunicación informativa, donde se refleja la forma en que los profesionales obtienen y proporcionan información a sus pacientes, y comprende 6 ítems; b) empatía, para comprobar la comprensión por parte de los profesionales de los sentimientos de los usuarios, con 5 ítems; c) respeto, de 3 ítems; y por último, habilidades sociales, en el que muestra la posible asertividad por parte de los profesionales en su relación clínica, al que corresponde 4 ítems. La consistencia interna (Crombach's) es de 0,78 para comunicación informativa, 0,77 para empatía, 0,74 para respeto y autenticidad, y 0,65 para habilidades sociales.

4.2. Descripción del Programa

La realización del curso será en el lugar de trabajo de los participantes, concretamente en el Hospital Universitario Virgen de la Salud de Elda. Para ello, se reserva en dirección médica el salón de actos, ya que es el lugar idóneo por la iluminación, capacidad, instalaciones y comodidad de desplazamiento para los propios médicos. Dicho salón se encuentra situado a mano derecha de la puerta principal del hospital y tiene aforo aproximadamente para 100 personas.

Se trata, pues, de una intervención que consta de 10 sesiones distribuidas a lo largo de 10 semanas, con una duración de hora y media por sesión y semana. El desarrollo del curso se llevará a cabo los sábados por la mañana para que así los participantes puedan tener mayor

facilidad de cambiar sus turnos de trabajo sin entorpecer la jornada laboral de entresemana. Se iniciará el curso el sábado 5 de marzo y finalizará el sábado 7 de mayo de 2016.

La intervención va a consistir en promover habilidades de comunicación en médicos, haciendo uso, para ello, de la psicología positiva. De esta forma se resaltarán cualidades positivas de los profesionales en su contacto con los pacientes sin prestar atención a aspectos negativos como se ha ido haciendo hasta el momento. Por ello, se trata de una formación necesaria para conseguir una completa satisfacción en la relación entre médico y paciente. También se tratará el contexto de las malas noticias, proporcionando un protocolo de actuación para conseguir una adecuada actuación en momentos tan delicados. Todo ello desempeñado por una psicóloga que será la encargada de la impartición de las 10 sesiones.

El curso se distribuye en 3 bloques; en el primero de ellos se trabajarán las habilidades básicas de comunicación entre médico y enfermo, en el segundo bloque se introduce la psicología positiva en la comunicación, y el tercer y último bloque será conocer la correcta actuación de comunicar malas noticias. Además, cada sesión empezará con una parte teórica sobre el tema correspondiente a tratar en esa sesión, y finalizará con una parte práctica, ejemplificando y/o mostrando casos reales, y en momentos oportunos se ejecutará una escenificación a través del role playing.

4.3. Descripción de las Sesiones

SESIÓN 1

- I. Objetivo:
 - El profesional será capaz de conocer el contenido del programa.
- II. Duración: 90 minutos
- III. Materiales: Cuestionarios de pre-evaluación y bolígrafos.
- IV. Desarrollo de la actividad:

Sesión de presentación del facilitador y del programa.

Se explicarán las sesiones de qué consta el programa, indicando la duración y el temario a tratar en cada una de las sesiones. Se repartirá el material del curso a cada uno de los participantes siendo un manual guía sobre la teoría del curso (anexo 1).

Se realizará una breve introducción sobre la comunicación entre médicos y pacientes, se introducirán conceptos de la psicología positiva y se formalizarán preguntas sobre cuál es la

mejor forma de comunicar malas noticias, dejando un debate abierto para causar motivación entre los participantes.

Por último, se les pasará el cuestionario de habilidades de comunicación (anexo 2), con el fin de obtener una base sobre los conocimientos que poseen los profesionales en un momento inicial y poder comprobar al final del curso si se han cumplido los objetivos establecidos de antemano.

Firmarán la hoja de asistencia (anexo 3) y se dará como terminada la sesión.

SESIÓN 2

I. Objetivo:

- El profesional será capaz de plantear sus propias definiciones sobre qué son y para qué sirven las habilidades de comunicación en profesionales sanitarios.
- El profesional será capaz de tomar conciencia de los problemas derivados de una mala comunicación entre médico y paciente.

II. Duración: 90 minutos

III. Materiales: Proyector, ordenador portátil, manual guía y bolígrafos.

IV. Desarrollo de la actividad:

Sesión de introducción a las habilidades comunicativas en profesionales de la sanidad y manifestación de consecuencias nefastas por su mala práctica.

Una vez dada la bienvenida, se iniciará la sesión proponiendo un pequeño debate en el cual se instará a los asistentes a participar de forma activa, para que ellos mismos se generen dudas sobre su correcta relación con los pacientes. Se formulará la siguiente pregunta: “¿Qué son para ustedes las habilidades de comunicación entre médico y paciente?”. Cuando se haya llegado a un consenso, más o menos claro, tras un tiempo de debate, se expondrá una segunda pregunta: “¿Emplean en todo momento habilidades comunicativas en la relación con sus pacientes?”.

Una vez finalizado el turno de debate, se comentarán los problemas más concurrentes a causa de una mala comunicación en el contexto sanitario, destacando los motivos de la falta de adherencia terapéutica. Con ello, se consigue que los profesionales tomen conciencia de las consecuencias que puede acarrear una mala comunicación en consulta.

Se dará la oportunidad de libre expresión a los participantes para que cuenten experiencias personales y las posibles formas de abordar esos problemas. Se les indicará que esta

sesión ha tenido la finalidad de crear atención en el tema para conseguir, en la próxima sesión, una mayor motivación para aprender en qué se basa una correcta comunicación.

Al finalizar la sesión, cada participante firmará la hoja de asistencia antes de marcharse.

SESIÓN 3

I. Objetivo:

- El profesional será capaz de desarrollar unas buenas habilidades comunicativas en la comunicación con sus pacientes.

II. Duración: 90 minutos

III. Materiales: Proyector, ordenador portátil, manual guía y bolígrafos.

IV. Desarrollo de la actividad:

Sesión de aprendizaje de habilidades de comunicación entre médico y paciente.

Se seguirán trabajando las habilidades de comunicación en consulta, pero esta vez se empleará la teoría mostrando los pasos a seguir para poder trabajar correctamente dichas habilidades.

Se empezará mostrando las reglas básicas para la transmisión de la información, paso inicial para ir adentrando en una práctica correcta. Una vez comentadas dichas reglas, se indicarán las pautas a seguir adecuadamente en la consulta con el paciente, explicando, además, cuáles son los aspectos que debe mostrar el médico para la satisfacción del enfermo.

Tras un pequeño tiempo para asimilar la teoría aprendida, se preguntará a los participantes si tienen alguna duda sobre el tema, aclarando conceptos que hayan quedado confusos. Finalmente, para comprobar la asimilación de lo aprendido, se expondrán dos casos de comunicación entre profesional y usuario, donde los participantes tendrán que expresar su opinión sobre si están bien o mal desarrolladas, y qué harían para mejorarlas.

Se les informará que en la próxima sesión se trabajará la entrevista, y para practicar lo aprendido hasta el momento: las habilidades de comunicación y la entrevista, se realizará una pequeña escenificación de casos típicos de consulta. Se motivará a los profesionales para que a lo largo de esta semana echen un vistazo a los apuntes y sepan desenvolverse de forma correcta en el role playing de la próxima semana.

Firmarán la hoja de asistencia y se dará como terminada la sesión.

SESIÓN 4

- I. Objetivo:
 - El profesional será capaz de emplear los pasos correctos para realizar una buena entrevista a los pacientes.
- II. Duración: 90 minutos
- III. Materiales: Proyector, ordenador portátil, manual guía y bolígrafos.
- IV. Desarrollo de la actividad:

Sesión de aprendizaje de la realización de una correcta entrevista al paciente.

Tras el saludo de bienvenida, se destinará la primera media hora a realizar un repaso general de lo aprendido en la sesión anterior con el objetivo de afianzar las habilidades comunicativas. Se realizará un barrido de todos los puntos tratados resaltando los pasos y conceptos más relevantes sobre el tema.

Una vez se hayan recordado las habilidades de comunicación entre médico y paciente, y se haya comprobado el completo aprendizaje de dicho tema, se explicarán las reglas básicas para la realización de una adecuada entrevista en consulta, haciendo uso a su vez de las habilidades anteriores, para conseguir, finalmente, una mayor perfección en el trato con los pacientes.

Llegados a este punto, los profesionales habrán aprendido la forma correcta de entablar relación con los enfermos en su práctica laboral. Con ello, se dejará un tiempo de asimilación y se pasará a resolver dudas pertinentes sobre el tema.

Para zanjar el presente bloque, se trabajará un role playing sobre habilidades de comunicación y entrevista, dónde se les planteará a los profesionales ejemplos y casos similares a la vida real para que aprendan a desenvolverse cogiendo práctica a través de las escenificaciones. Al acabar cada turno, los compañeros darán un feedback de lo que consideren que ha hecho bien la persona que ha realizado el role playing. Se comentarán los puntos a mejorar, aprendiendo de esta forma a corregir los errores surgidos.

Seguidamente se pasará la hoja de firmas y habrá finalizado la sesión.

SESIÓN 5

- I. Objetivo:
 - El profesional será capaz de conocer qué es la psicología positiva y cómo aplicar el optimismo en su relación con los pacientes.
- II. Duración: 90 minutos
- III. Materiales: Proyector, ordenador portátil, manual guía y bolígrafos.
- IV. Desarrollo de la actividad:

Sesión de aprendizaje de la psicología positiva y de una de sus 24 fortalezas: el optimismo.

Se empezará la quinta sesión indicando que se trata del segundo bloque del programa, la psicología positiva, y para que los profesionales se sientan ubicados en el nuevo bloque, se esquematizarán las próximas sesiones comentando los temas a tratar.

Se iniciará el nuevo apartado con una explicación detallada de en qué consiste la psicología positiva, al mismo tiempo que se harán preguntas a los asistentes para comprobar que se ha conseguido una adecuada comprensión.

Una vez expuesto que la psicología positiva está formada por 24 fortalezas, se les introducirá la primera de las tres que se tratarán en el programa, el optimismo. Se aclarará el concepto de optimismo y se relacionará dicha característica con la psicología positiva.

De igual modo, se indicará la aportación favorable que tiene para la relación/comunicación entre el médico y el paciente la utilización de la psicología positiva, concretamente en este caso, del optimismo.

Con la idea reciente sobre la influencia del optimismo en la comunicación, se expondrán ejemplos de situaciones empleando los nuevos conceptos, permitiendo con ello que los participantes se hagan una idea más concreta de su puesta en práctica. Se comentarán adversidades y se pretenderá que los participantes empleen el optimismo para obtener una consecuencia favorable. Los ejemplos se realizarán del siguiente modo:

- Adversidad: Mi paciente se muestra disgustado y apenas me da una explicación.
- Creencia: Se muestra disgustado porque no le gusta mi forma de relacionarme con él.
- Consecuencia: Me siento inútil, no voy a conseguir una buena relación.

Los apartados siguientes son los que tendrán que responder los participantes empleando el optimismo.

- Optimismo: El hecho de que mi paciente esté disgustado se debe a que; puede tener un mal día, no se encuentre hoy muy bien, etc.

- Consecuencia: Ya no me siento inútil, pues tengo que ayudar a mi paciente a que todo salga bien.

Se resolverán posibles dudas que surjan, y se finalizará la sesión firmando la hoja de asistencia.

SESIÓN 6

I. Objetivo:

- El profesional será capaz de conocer qué es la resiliencia y cómo aplicarla en su relación con los pacientes.

II. Duración: 90 minutos

III. Materiales: Proyector, ordenador portátil, manual guía y bolígrafos.

IV. Desarrollo de la actividad:

Sesión de aprendizaje de qué es la resiliencia.

Para continuar con el segundo bloque del programa, se realizará un recordatorio de la sesión anterior. Se efectuará un resumen de lo comentado sobre la psicología positiva y se destacarán los aspectos claves del concepto de optimismo.

Una vez recordada la primera parte, se introducirá una nueva fortaleza de la psicología positiva, la resiliencia. Se trabajará este concepto a lo largo de la sexta sesión, y además se comentará su concordancia positiva con la comunicación que se efectúa entre un médico y un enfermo. Para ello, se expondrán situaciones adversas y serán los profesionales los encargados de encontrar todos aquellos aspectos positivos y rescatables de la situación a la que se enfrentan en consulta, poniéndolos en común, finalmente, entre todos. Se le pedirá, además, que evalúen sus pensamientos, tomen la dimensión adecuada y los reformulen, con la puesta en práctica de los aspectos positivos comentados anteriormente.

Debido a la novedad de la teoría, se dedicará un tiempo para resolver dudas existentes, intentando de esta forma aclarar conocimientos explicados hasta el momento.

Para poder continuar con la explicación de la tercera fortaleza a tratar y asegurar su completo entendimiento, se efectuará un role playing para practicar el optimismo y la resiliencia.

Tras la escenificación, se pasará la hoja de firmas y se habrá terminado la sesión.

SESIÓN 7

- I. Objetivo:
 - El profesional será capaz de emplear el humor en su relación con los pacientes.
- II. Duración: 90 minutos
- III. Materiales: Proyector, ordenador portátil, manual guía y bolígrafos.
- IV. Desarrollo de la actividad:

Sesión de aprendizaje de qué es el humor, desde la psicología positiva.

Debido a que esta sesión se trata de la misma teoría que la sesión anterior pero añadiendo una nueva característica, se seguirá el mismo procedimiento: recordatorio, explicación y role playing. Por tanto, se realizará un repaso de la teoría vista hasta el momento de la psicología positiva junto con el optimismo y la resiliencia.

Se finalizará el segundo bloque abordando otra fortaleza, el humor. Se especificará en qué consiste el humor y cómo es la mejor forma de aplicarlo en la comunicación entre profesionales sanitarios, destacando la risa como buen aliado para romper el hielo en los primeros momentos de contacto con el paciente y para conseguir confianza entre ambos. Se propondrá a los participantes una lluvia de ideas, que comenten ideas simpáticas a emplear en consulta.

De igual modo, se resolverán dudas surgidas durante la explicación, ya sea de la nueva fortaleza, de las fortalezas anteriores o de la psicología positiva en general, pues será la última sesión destinada a este contexto.

Con el tiempo restante, se comentarán ejemplos y se realizará una escenificación de situaciones para preparar a los participantes a desenvolverse correctamente aplicando los nuevos conocimientos. Se hará hincapié en rectificar errores cometidos para mejorar a la perfección la práctica y así, posteriormente, su labor profesional.

Se dará como finalizada la sesión y el segundo bloque una vez se haya firmado la hoja de asistencia.

SESIÓN 8

- I. Objetivo:
 - El profesional será capaz de plantear sus propias reglas sobre cuál es la mejor forma de comunicar malas noticias.
 - El profesional será capaz de tomar conciencia de los problemas derivados por una mala comunicación de malas noticias.
- II. Duración: 90 minutos
- III. Materiales: Proyector, ordenador portátil, manual guía y bolígrafos.
- IV. Desarrollo de la actividad:

Sesión de introducción al protocolo de comunicación de malas noticias en sanidad y manifestación de problemas derivados por su mala práctica.

Se comentará a los participantes el inicio del último bloque del programa, que estará destinado a la comunicación de malas noticias.

Para ello, se iniciará la sesión abriendo un debate con las siguientes preguntas: “¿En qué se diferencia la comunicación utilizada en una entrevista con la comunicación para informar de acontecimientos desagradables?” y “¿Cuáles son los fallos más concurrentes en la comunicación de malas noticias?”. Es aquí donde se pretende indagar en los conocimientos y en las ideas que tienen los profesionales al respecto, para posteriormente corregir posibles errores y formar debidamente.

Para conseguir, en la próxima sesión, una mayor atención y asimilación del protocolo a seguir en estos casos, se comentarán casos reales de una mala comunicación y las consecuencias que suelen acarrear. Se dejará el tiempo restante para que los propios asistentes participen de forma activa aportando sus experiencias, siendo de esta forma más conscientes de los problemas que ocasiona.

Una vez transcurrido el tiempo, se pasará la hoja de asistencia y finalizará la sesión.

SESIÓN 9

- I. Objetivo:
 - El profesional será capaz de aplicar el protocolo de actuación para comunicar malas noticias.
- II. Duración: 90 minutos
- III. Materiales: Proyector, ordenador portátil, manual guía y bolígrafos.

IV. Desarrollo de la actividad:

Sesión de aprendizaje del protocolo de comunicación de malas noticias.

Con las ideas preconcebidas sobre el tema, se ampliará el conocimiento y se corregirán posibles distorsiones con las indicaciones de las pautas a seguir para una correcta comunicación de malas noticias. Se ofrecerá de forma detallada la explicación del protocolo y la mejor forma de llevarlo a cabo. Una vez finalizada la explicación, se dará lugar a un turno de dudas o preguntas donde los asistentes esclarecerán posibles conceptos o pasos mal concebidos.

Debido a la importancia del tema y a la importancia de su correcto desarrollo, todos los asistentes serán partícipes de un role playing para practicar comunicaciones de informaciones desagradables. Escenificarán situaciones inventadas o casos reales de los propios profesionales, con la finalidad de conocer la mejor actuación en dichos contextos.

Seguidamente se pasará la hoja de firmas y habrá finalizado la sesión.

SESIÓN 10

I. Objetivo:

- El profesional será capaz de poner en práctica, en su día a día, todo lo aprendido en el curso.

II. Duración: 90 minutos

III. Materiales: Cuestionario de habilidades de comunicación en profesionales de la salud y bolígrafos.

IV. Desarrollo de la actividad:

Sesión de repaso general y despedida.

Se destinará la última sesión a un repaso-resumen de todo lo aprendido a lo largo del curso. Se tratarán las habilidades comunicativas en consulta, la entrevista realizada por el médico a sus pacientes, la psicología positiva junto con el optimismo, la resiliencia y el humor, todo ello empleado para favorecer una buena relación y comunicación con los enfermos. Finalmente se recordará, también, el protocolo de actuación para comunicar malas noticias.

Con toda la teoría finalizada, serán los asistentes los partícipes de esta última sesión. Se les dará la oportunidad de comentar alguna duda pendiente, algún caso real que no se haya comentado anteriormente, expresar que les ha parecido el curso o aspectos a mejorar. Será

aquí donde se les preguntará si lo están poniendo en práctica y los aspectos que han cambiado desde entonces. Tendrán, por tanto, libertad de expresión sobre cualquier contenido relacionado con el programa.

Además, se les motivará a emplear en sus consultas lo aprendido en el curso, que observen los beneficios en el trato con los pacientes, con el objetivo de ir mejorando en su día a día y obtener una mayor satisfacción laboral.

Antes de finalizar, se les hará entrega del cuestionario dejando un tiempo para su realización, tal y cómo se les explicó en la primera sesión. Con ello, se comprobará si se han cumplido los objetivos propuestos.

Se les pasará la hoja de asistencia y se dará como terminado el curso.

5. DISCUSIÓN

Se puede afirmar que la comunicación llevada a cabo entre médico y paciente determina la relación que se establece posteriormente entre ambos. Es una parte esencial de las situaciones acontecidas en consulta.

Tras el análisis de varios estudios, se puede concluir que para mejorar la relación de los profesionales de la salud con los usuarios se considera preciso fomentar el aprendizaje de pautas y habilidades de comunicación (Girón, Beviá, Medina y Simón, 2002), lo que finalmente alcanzará una mayor satisfacción, del profesional y del usuario, y una mayor efectividad y eficiencia de las intervenciones. En concreto, se logrará mayor atención y efectividad en cuanto a las entrevistas clínicas, se reducirán los conflictos y quejas de los pacientes, se conseguirá mayor adherencia a los tratamientos prescritos, y una mejora en general de los resultados clínicos.

Con ello, se considera necesaria también una formación en la comunicación de malas noticias, ya que se trata de una práctica frecuente y desagradable pero necesaria para la cual no se ha adquirido formación (Bascuñan, Roizblatt y Roizblatt, 2007) y resulta ser un tema preocupante en sanidad. Según los datos, no existe una fórmula idónea de comunicar este tipo de información, pues cada médico genera sus estrategias según su experiencia, pero resulta conveniente conocer unas pautas de actuación para situaciones adversas.

De igual modo, la Psicología Positiva tiene la finalidad de disminuir y prevenir problemas, además de mejorar la satisfacción con la vida ayudándose de las fortalezas positivas que dispone cada individuo (Peterson y Seligman, 2004). Pero la mayoría de los estudios, se

basan en la reducción de síntomas negativos (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Por tanto, uno de los grandes retos de la Psicología Positiva es darse más a conocer y conseguir métodos para incrementar el bienestar psicológico a través de cualidades positivas más allá de la disminución de síntomas negativos. Resulta necesario, además, una mayor aplicación en el ámbito comunicativo entre profesionales y usuarios.

Por tanto, se plantea la formación de profesionales sanitarios en habilidades comunicativas en general, además de tratar de forma concreta la comunicación de malas noticias, empleando con ello fortalezas como el humor, el optimismo y la resiliencia de la Psicología Positiva, con el objetivo de conseguir una mejora en la relación médico-enfermo.



6. BIBLIOGRAFÍA

- Alves de Lima AE. ¿Como comunicar las malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento? *Rev Argent Cardiol* 2003;71:217-220
- Anzieu, D. (1971). *La dinámica de los grupos pequeños*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Avia, M. D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Baile W, Buckman R, Lenzi R, Globber G, Beale E y Kudelka P. SPIKES-a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000; 5:302-311.
- Bascuñan ML, Roizblatt A, Roizblatt D. Comunicación de malas noticias en medicina: un estudio exploratorio. *Rev Med Univ Navarra* 2007;51:28-31.
- Bellón, J.A., y Martínez, T. (2001). La investigación en comunicación y salud. Una perspectiva nacional e internacional desde el análisis bibliométrico. *Atención Primaria* 27, 452-458.
- Bonanno, G.A. y Kaltman, S.(2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21, 705-734.
- Bonanno, G.A., Wortman, C.B., Lehman, D.R., Tweed, R.G., Haring, M., Sonnega, J. et al. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18 months post-loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1150-1164.
- Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N, Bradley CP. Misunderstanding in general practice: qualitative study. *BMJ*, 2000; 320: pp. 484-488.
- Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J*. 1984;288:1597-9.
- Calhoun L.G., Tedeschi R.G. (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Cibanal, L.,Arce, M.C. y Carballal, M.C. (2003). *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud*. Madrid: Elsevier España.
- Cormier,W.H. y Cormier, L.S. (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas. Habilidades básicas e intervenciones cognitivo conductuales*. Bilbao: DDB.
- Cuesta, U. (2000). *Psicología social de la comunicación*. Madrid: Cátedra
- D'Ambra, M. (2004). *Técnicas de comunicación*. Barcelona: Editorial de Vecchi.

- Duffy, F.D., Gordon, G.H., Whelan, G., Cole-Keylly, K., y Frankel, R. (2001). All participants in the American Academy on Physician and Patient's Conference on Education and Evaluation of Competence in Communication and Interpersonal Skills. Assessing competence in communication and interpersonal skills: The Kalamazoo II Report. *Academic Medicine*, 79, 495-507.
- Forsyth, A.S. (1993). Humor and the psychotherapeutic process. *British Journal of Nursing*, 19, 957-961.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotion in positive psychology: The broaden and build theory of positive emotion. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Fredrickson, B.L. (2000). Cultivating Positive Emotions to Optimize Health and Well-Being . *Prevention & Treatment*, vol.3
- Gallar, M. (1998). «La comunicación en el ámbito sanitario». En M. Gallar (ed), *Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico al Paciente*. Madrid: Paraninfo.
- Girón, M., Beviá, B., Medina, E., y Simón-Talero, M. (2002). Calidad de la relación médico paciente y resultados de encuentros clínicos en atención primaria de Alicante. Estudio con grupos focales. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 561-575.
- Gómez M. Cómo dar las malas noticias en medicina. 2ª ed. Madrid: Arán Ediciones, 1998
- Martorell, M.C. y González, R. (1997). *Entrevista y consejo psicológico*. Madrid: Síntesis.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press
- Kim, Y., Kols, A., Bonnin, C., Richardson, P., Roter, D. (2001). Client communication behaviors with health care providers in Indonesia. *Patient Education and Counseling*. 2001. 45. 59-68
- Leal, C., Tirado, S., Rodríguez-Marín, J., & van-der Hofstadt, C.J. (in press). Creación de la Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud, EHC-PS. *Anales de Psicología*.
- Leal-Costa, C., et al. Psychometric properties of the Health Professionals Communication Skills Scale (HP-CSS). *International Journal of Clinical and Health Psychology* (2015),

- Llacuna, J. (2000). La comunicación no verbal (I): ¿cómo interpretar los gestos de nuestro interlocutor?. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 7(9), 576-587.
- Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Educ Couns* 2002;48: 51-61.
- Peterson, C. y Seligman, M. E. P. (2004). *Character Strengths and Virtues. A handbook and classification*. Nueva York: Oxford University Press.
- Peterson, C., & Bossio, L.M. (1991). *Health and optimism*. New York: Oxford University Press.
- Peterson, C., Seligman, M.E.P. and Vaillant, G. (1988). Pessimistic explanatory style as a risk factor for physical illness: A thirty-five year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 23-27.
- Prados J.A. (1992). Importancia de la relación médico-enfermo y la entrevista clínica en el cumplimiento del tratamiento. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 16, 209-216.
- Prados JM, Quesada F. Guía práctica sobre cómo dar malas noticias. *FMC* 1998; 5: 238-250.
- Robbins, J.A., Bertakis K.D., Helms, L.J., Azari, R., Callahan, E.F, y Creten, D.A. (1993). The influence of physician practice behaviors on patient satisfaction. *Family Medicine*, 25, 17-20.
- Roter D.& Hall J.(1993).*Doctors Talking with patients, Patients talking with doctors(2 ed.)*. Westport: Greenwood Publishing Group.- Skinner, E. (1996). A guide to Constructs of Control. *Journal of Personality and Social Psychology*(3), 54.
- Roter, D.L., Steward, M., Putnam, S.M., Lipkin, M., Stiles, W., y Inui, T.S. (1997). Communication patterns of primary care physicians. *JAMA*, 227, 350-356.
- Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1993). On the power of positive thinking: the benefits of being optimistic. *Psychological Science*, 2, 26-30
- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press/Simon and Schuster.

- Seligman, M.E.P. y Csikszentmihalyi, M.(2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Seligman, M.E.P. y Csikszentmihalyi, M.(2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Starfield, B., Wray, C., Hess, K., Gross, R., Birk, P.S., y D'lugoff, B.C. (1981). The influence of patient practitioner agreement on outcome of care. *American Journal of Public Health*, 71,127-131.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Brower, J. E. y Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions and health. *American Psychologist*, 55, 99-109.
- Travaline, J.M., Ruchinskas, R., y D'Alonzo G. (2005). Patient-physician communication: Why and how. *Journal of the American Osteopathic Association*, 105(1),13-18.
- Wortman, CB. y Silver, RC. (1989). The Myths of Coping With Loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 349-357.



ANEXO 1

MANUAL-GUÍA

- **HABILIDADES DE COMUNICACIÓN**

- Habilidades de comunicación →

- La escucha activa: Significa escuchar y entender la comunicación desde el punto de vista del que habla.

- Elementos que facilitan la escucha activa:

- Disposición psicológica: prepararse interiormente para escuchar.

- Expresar al otro que le escuchas con comunicación verbal y no verbal.

- Elementos a evitar en la escucha activa: no distraerse, no interrumpir al que habla, no juzgar, no ofrecer ayuda o soluciones prematuras, no rechazar lo que el otro está sintiendo, no contar historias personales cuando el otro necesita hablarte, no contraargumentar, evitar el "síndrome del experto".

- Habilidades para la escucha activa: mostrar empatía, parafrasear, emitir palabras de refuerzo, resumir.

- Tener en cuenta la comunicación verbal.

- Tener en cuenta la comunicación no verbal: expresión facial, mirada, sonrisa, orientación y postura, contacto físico, gestos, apariencia personal, y automanipulaciones y movimientos nerviosos de manos y piernas.

- Tener en cuenta componentes paraverbales: Volumen de voz, tono, velocidad, fluidez y claridad, tiempo de habla, pausas y silencios, y latencia de respuesta.

- Técnicas y habilidades asertivas: autoafirmación, expresión sentimientos negativos y expresión sentimientos positivos.

- Técnicas asertivas:

- Disco rayado.

- Banco de niebla.

- Compromiso viable.
- Acuerdo asertivo.
- Pregunta asertiva.
- Claudicación simulada.
- Habilidades asertivas:
 - Emitir libre información.
 - Hacer autorrevelaciones.
 - Formular una crítica.
 - Solicitar cambios en el comportamiento o realizar tarea.
 - Expresar opiniones o criterios distintos.
 - Pedir que el otro confirme o exprese desacuerdo.
 - Hacer preguntas.
- Dar la información positiva en primer lugar.
- Sea específico, comente la conducta, no impresiones.
- La información mejorable debe plantearse con alternativa de mejora.
- Feedback.

- Reglas de transmisión de información →
 - 1º Cuidar el principio
 - 2º Seleccionar información.
 - 3º Organizar contenidos.
 - 4º Revisar comprensión.
 - 5º Facilitar comprensión de lo transmitido.
 - 6º Utilizar ejemplos.

7º Evitar imprecisiones.

8º Resumir información clave emitida.

9º Resumir información clave recibida.

10º Simultanear rol emisor-receptor.

- **LA ENTREVISTA**

Se divide en tres partes: Saludo y presentación, cuerpo de la entrevista y finalización.

- Desde el primer momento se debe establecer una relación agradable y cordial, adoptando una actitud con la que transmitir confianza y seguridad.

- Cuidar el aspecto personal por la importancia que tiene a la hora de que el paciente ajuste sus expectativas; higiene personal, ropa de trabajo adecuada y en buenas condiciones, y portar la identificación personal visible.

- Levantarse y desplazarse hacia la puerta para recibir al paciente.

- El saludo se realiza con una sonrisa, mirando directamente al paciente y, si es posible, dándole la mano. Si no se conocen, será necesario presentarse diciendo el nombre y primer apellido e indicar que es el médico.

- Invitarle a sentarse señalándole con la mano el lugar que debe ocupar.

- Cuando se recoge información es importante que las preguntas se formulen en positivo.

- Siempre es muy importante que el tipo de lenguaje que se emplee se adapte al del paciente.

- Cada pregunta debe orientarse a una idea o concepto único, no es aconsejable mezclar diferentes conceptos.

- Las preguntas abiertas son preguntas generales que invitan al paciente a hablar, expresando libremente su opinión. Las preguntas cerradas suponen ajustarse exactamente a lo que se pregunta.

- Es aconsejable iniciar una entrevista con preguntas abiertas.

- Tener en cuenta, además de la comunicación verbal, la comunicación no verbal, tanto de uno mismo como de los pacientes. No utilizar un tono de voz que resulte monótono. Un volumen, una velocidad y una claridad que hagan que todas las preguntas se escuchen perfectamente.

- Resumir lo que hemos entendido para no generar confusión.

- Una vez finalizada la entrevista, acompañaremos hasta la puerta al paciente, nos despediremos cortésmente mirándole y esbozando una sonrisa, agradeceremos la colaboración prestada y le daremos la mano.

- **PSICOLOGÍA POSITIVA**

- Durante muchos años la psicología se ha centrado exclusivamente en el estudio de la patología y la debilidad del ser humano, focalizándose en concreto en los aspectos negativos.

- Psicología positiva → es una rama de la psicología que busca comprender, a través de la investigación científica, los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano. Se centra en las capacidades, valores y atributos positivos de los seres vivos, y no en sus debilidades y patologías, como lo hace la psicología tradicional.

- Objetivo de la psicología positiva → mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de trastornos mentales y patologías.

- Desarrollada por → Martin Seligman.

- Formada por 24 fortalezas que se trata de aspectos positivos que dispone el individuo, entre ellos: optimismo, resiliencia y humor.

- **OPTIMISMO**

- ¿Qué es? → Tendencia a ver y a juzgar las cosas en su aspecto más positivo o más favorable.

- Es una característica psicológica disposicional que remite a expectativas positivas y objetivos de futuro.

- Tiene valor predictivo sobre la salud y el bienestar, además de actuar como modulador sobre los eventos estresantes, paliando el sufrimiento y el malestar de aquellos que sufren, tienen estrés o enfermedades graves.
- También potencia el bienestar y la salud en aquellas personas que, sin presentar trastornos, quieren mejorar su calidad de vida.

- **RESILIENCIA**

- ¿Qué es? → Capacidad que tiene una persona para superar circunstancias traumáticas, sobreponerse a períodos de dolor emocional y situaciones adversas. Es superar algo y salir fortalecido y mejor que antes.
- Es el resultado de un proceso dinámico y evolutivo que varía según las circunstancias, la naturaleza del acontecimiento, el contexto y la etapa de la vida. No se adquiere de una vez para siempre.
- Es fruto de la interacción entre el individuo y su entorno.
- Características favorables de personalidad: seguridad en uno mismo y en la propia capacidad de afrontamiento, apoyo social, tener un propósito significativo en la vida, creer que uno puede influir en lo que sucede a su alrededor, y creer que se puede aprender de las experiencias positivas y negativas.

- **HUMOR**

- ¿Qué es? → Capacidad para experimentar y/o estimular una reacción muy específica, la risa, y de esta manera conseguir o mantener un estado de ánimo positivo.
- Su manifestación externa es la risa.
- Es capaz de reducir el estrés y la ansiedad, y mejor la calidad de vida y la salud física del individuo.
- Según el Dr. Lee Berk, sirve como una válvula interna de seguridad que nos permite liberar tensiones, disipar las preocupaciones y olvidarnos de todo.

- El humor puede servir para establecer la relación terapéutica de manera adecuada, para orientar el diagnóstico, para facilitar la expresión de las emociones, y para ayudar al paciente a distraerse de sus problemas.
- Se puede emplear el humor para suavizar el contacto entre el paciente y el médico.
- Suaviza la comunicación entre médico y paciente.
- Fortalece la alianza terapéutica.
- Sirve para recibir ansiedad o momentos hostiles durante la consulta.

- **PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA COMUNICAR MALAS NOTICIAS**

- Creado por Walter F. Baile y Robert Buckman.

1. Reunir toda la información disponible del enfermo y de su enfermedad.
2. Suministrar información inteligible en consonancia con las necesidades y deseos del paciente.
3. Aportar habilidades de comunicación que permitan reducir el impacto emocional que la mala noticia tiene sobre el receptor.
4. Consensuar un plan de tratamiento que permita un alto grado de cooperación del paciente.

Paso 1: Preparación de la entrevista.

- Repase los detalles de la historia clínica y confirme el diagnóstico revisando todas las pruebas realizadas.
- Llévela al lugar de la entrevista por si es necesario aclarar algún punto.
- Prepare mentalmente lo que tiene que decir y la manera de decirlo.
- Disponga de un lugar privado y tranquilo.
- Preguntar si quiere estar acompañado por algún familiar. Asegúrese del tipo de parentesco entre el enfermo y los familiares presentes.
- Siéntese e invite a los demás a hacerlo.

Paso 2: Descubrir qué sabe el paciente.

- Inicie la entrevista preguntando al paciente qué sabe sobre el tema.
- Si no contesta, intente desbloquear la situación incitando un diálogo que le permita averiguar lo que le angustia.
- Compruebe el nivel cultural del paciente a través del vocabulario que utiliza.

Paso 3: Reconocer cuánto quiere saber el paciente.

- Ejemplos de preguntas para completar el objetivo de este paso: ¿Qué quiere saber sobre su enfermedad?, ¿Le gustaría que le dijese todos los detalles de su proceso? En caso contrario ¿hay alguien a quien preferiría que yo se lo contase?, y ¿A usted qué le interesa saber del procedimiento al que va a ser sometido?

Paso 4: Comunicar la información al paciente.

- Utilizar un lenguaje sencillo y adecuado al nivel intelectual y cultural del paciente.
- Antes de dar el diagnóstico adverso conviene emplear una frase introductoria del tipo de: “Me temo que su evolución no es la que esperábamos”.
- Evite utilizar terminología técnica o jerga médica.
- Suministre la información en pequeñas porciones para dar tiempo al receptor a su asimilación.
- Deje pausas entre frases para permitir fluir las emociones del paciente y familia.
- Sea lo más realista posible con el contenido del mensaje.
- Comprobar a lo largo de la conversación el grado de comprensión preguntando a los interlocutores si le han entendido.
- Invite a ser interrumpido sobre la marcha si surgen dudas.
- Ayúdese de material gráfico o vídeo si lo tiene a su disposición.
- No use bajo ningún concepto argumentaciones tremendistas.

Paso 5: Responder a las reacciones del paciente.

- Ofrecer apoyo y solidaridad mediante una respuesta empática.
- Aprovechar esta situación para recopilar información de sus temores o preocupaciones concretas, ya que será necesaria para negociar con el paciente el plan de tratamiento a seguir.

Paso 6: Diseñar un plan terapéutico a seguir.

- Demostrar al paciente que usted está a su lado.
- Elaborar junto con el paciente un plan terapéutico a seguir.
- Si el paciente pregunta por su pronóstico infúndale una esperanza realista.
- Tenga siempre en cuenta las opiniones y puntos de vista del paciente y sus familiares.
- Tenga sensibilidad para discutir temas conflictivos.
- Explique y justifique las pruebas y tratamientos pendientes de realizar, especificando sus incomodidades y posibles efectos secundarios.
- Establezca planes alternativos por si un tratamiento o una prueba no dan el resultado esperado.
- Termine haciendo un resumen final.

ANEXO 2

Escala de Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud (HP-CSS)

Nombre y Apellidos: _____

Por favor, rellene los siguientes ítems teniendo en cuenta que:

1=Casi nunca, 2=De vez en cuando, 3=A veces,
4=Normalmente, 5=Muy a menudo, 6=Muchas veces

- 1- Respeto el derecho de los pacientes a expresarse libremente _____
- 2- Exploro las emociones de mis pacientes. _____
- 3- Respeto la autonomía y libertad de los pacientes. _____
- 4- Cuando el paciente me habla muestro interés mediante gestos corporales (asintiendo con la cabeza, contacto ocular, sonrisas...). _____
- 5- Proporciono información a los pacientes (siempre que mi competencia profesional me lo permita) sobre aquello que les preocupa. _____
- 6- Escucho a los pacientes sin prejuicios, independientemente de su aspecto físico, modales, forma de expresión. _____
- 7- Expreso claramente mis opiniones y deseos a los pacientes. _____
- 8- Cuando doy información, uso silencios para que el paciente asimile lo que le estoy diciendo. _____
- 9- Cuando doy información a los pacientes lo hago en términos comprensibles. _____

- 10- Cuando un paciente hace algo que no me parece bien le expreso mi desacuerdo o molestia. _____
- 11- Dedico tiempo para escuchar y tratar de comprender las necesidades de los pacientes. _____
- 12- Trato de comprender los sentimientos de mi paciente. _____
- 13- Cuando me relaciono con los pacientes expreso mis comentarios de una manera clara y firme. _____
- 14- Considero que el paciente tiene derecho a recibir información sanitaria. _____
- 15- Siento que respeto las necesidades de los pacientes. _____
- 16- Me resulta difícil realizar peticiones a los pacientes. _____
- 17- Me aseguro que los pacientes han comprendido la información proporcionada. _____
- 18- Me resulta difícil pedir información a los pacientes. _____

ANEXO 3

Hoja de Asistencia: Día _____

Nombre y Apellidos	D.N.I.	Firma
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		