



APORTACIONES DESDE LA PSICO- ONCOLOGÍA A LA FORMACIÓN EN TÉCNICAS Y HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

Ascensión Bellver Pérez

Psicóloga Clínica. Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

INTRODUCCIÓN

La comunicación es una habilidad clínica básica, pero pocos médicos y profesionales sanitarios reciben una educación formal en esta área. Las consultas médicas con enfermos con cáncer contienen muchas dificultades, que puede incluir comunicación de malas noticias sobre el diagnóstico, recurrencia o pronóstico, explicar las opciones de tratamiento, los ensayos clínicos, obtener el consentimiento informado y en ocasiones discutir las transiciones del tratamiento médico activo a los cuidados paliativos. A pesar de la importancia de la comunicación efectiva, son pocos los oncólogos que han sido observados cuando se comunican con los pacientes y se les ha dado una retroalimentación constructiva. Existen muchos mitos sobre la enseñanza de las habilidades de comunicación y algunos creen que a partir de reflejar la personalidad o el talento natural hay suficiente y por lo tanto no puede ser enseñado o mejorado. Otros pueden pensar que el tiempo y la experiencia por sí sola, conducirá al desarrollo de habilidades de comunicación adecuadas. Sin embargo los estudios han demostrado que los médicos con experiencia revelan similares deficiencias de comunicación que los recién graduados y los estudiantes de medicina¹. Estudios muestran que si se emplean métodos adecuados, entonces las habilidades de comunicación efectivas pueden ser aprendidas^{2,3}. Por otra parte, los oncólogos están empezando a reconocer que la insuficiencia de entrenamiento en habilidades comunicativas es un factor contribuyente importante a su estrés, a la falta de satisfacción en el trabajo, y al agotamiento⁴. Por consiguiente, para aumentar la eficacia profesional, el bienestar personal y la relación médico-paciente, es importante llevar a cabo un examen sistemático de las dificultades de comunicación de los oncólogos con el fin de desarrollar y evaluar iniciativas de formación para ayudarlos en la herramienta diaria de trabajo que es la comunicación.

En España, la ley 41/2002 de 14 de noviembre establece que la “información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad”⁵.

En este contexto, los médicos y los demás profesionales sanitarios, necesitan abordar en su práctica clínica diaria la comunicación con los enfermos y sus familiares, para informar del diagnóstico y tratamientos del cáncer.

Hay que tener en cuenta que la comunicación nunca es neutra; ésta puede ser benefactora pero también iatrogénica por lo que es, en ese sentido, es un arma de doble filo capaz de suavizar un suceso traumático pero también capaz de producir, al menor descuido, terribles heridas emocionales en el paciente y la familia.

La comunicación es una herramienta terapéutica que, por desgracia, hasta el momento no está incluida en los planes de estudios de nuestras universidades. No es suficiente con tener años de experiencia profesional para comunicar bien. En el ámbito sanitario se deberían incorporar y entrenar estrategias y habilidades de comunicación, pues de la comunicación puede depender, en gran medida, el grado de sufrimiento del enfermo y sus familiares. “La devastación psicológica causada por un diagnóstico comunicado de forma inadecuada puede ser no menos grave que los errores quirúrgicos o de medicación”⁶.

La buena comunicación médico-paciente establece, incrementa o consolida una buena adhesión a los procedimientos diagnósticos y los tratamientos terapéuticos posteriores, así como un aumento del grado de satisfacción de los enfermos a la atención que reciben, a la vez que disminuye, paralelamente, la probabilidad de demanda judicial en el caso de error médico⁷.

DIFICULTADES DE COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

En diferentes investigaciones se ha valorado las características de los pacientes y las situaciones que plantean mayor dificultad en la comunicación médico-paciente. Los médicos describen los siguientes obstáculos: las cargas de trabajo asistenciales, la insuficiente formación en la educación de las habilidades de comunicación, poca conciencia o interés por la empatía y los aspectos emocionales en la atención médica. La problemática más común de las características citadas por los médicos eran: las diferencias de origen étnico / cultural (43%), los problemas relacionados con la edad (38%), las reacciones emocionales de los pacientes o familiares (29%), problemas de identificación con el paciente (25%). Estos problemas representaron (69%) del número total de dificultades que describían los facultativos⁸.

Las dificultades de comunicación generales fueron divididas en 6 categorías:

- El más común fue la complejidad de la información en términos técnicos
- La obtención del consentimiento informado.
- El trato con los familiares.
- Hacer frente a las reacciones emocionales de los pacientes.
- Dar “Malas noticias”
- Tratar con los colegas.

En el estudio, sólo un 35% de la muestra había recibido alguna habilidad de comunicación formal de enseñanza en pregrado cuando eran estudiantes de medicina. A nivel de postgrado, sólo el 19% de la muestra refirió haber recibido alguna formación, por lo general como parte de una capacidad de gestión sanitaria. Además, muy pocos consideraron cualquiera de los métodos utilizados en sus habilidades de comunicación antes de la formación como eficaz. A pesar de haber recibido poca capacitación, o ningún tipo de educación en cuanto a cómo enseñar a la comunicación, el 75% de los participantes tuvieron bastante responsabilidad de enseñar acerca de esta a los estudiantes y otro personal sanitario.

Uno de los obstáculos entre los médicos y los pacientes se centra en el área del pronóstico de la enfermedad. En ocasiones los médicos desean proteger a los pacientes de la angustia y les preocupa que: a) el paciente se sienta abandonado, b) el paciente se vea perjudicado por la ansiedad o la desesperación y c) el reconocimiento de un mal pronóstico puede ser una admisión de fracaso terapéutico. Por otro lado, aunque los médicos lo deseen, y revelen el diagnóstico y la información sobre el pronóstico, los pacientes no están dispuestos o preparados a oír esta información o no quieren. Esto puede ser debido a la negación del paciente, el miedo de que su pronóstico sea pobre o a que reciba un falso optimismo^{9,10}. En otros casos es el paciente quien sí que quiere conocer la información y es la familia la que no quiere que se le proporcione, lo que se denomina conspiración de silencio, sería definido como un acuerdo implícito o explícito de alterar la información al paciente por parte de familiares, amigos y/o profesionales sanitarios con el fin de ocultarle el diagnóstico y/o pronóstico y/o gravedad de los hechos. En los casos donde se aborda el tema del pronóstico, la investigación sugiere que los pacientes suelen sobreestimar sus posibilidades de curación⁹ y pueden elegir la terapia que prolonga la vida y que conduce a peor calidad de vida que los pacientes, que los pacientes que eligen las opciones paliativas¹¹. El optimismo del paciente y la mala comunicación de los médicos han destacado como factores que conducen a una mala interpretación del pronóstico de la enfermedad. Evidentemente, el pronóstico es un área difícil para ambos tanto para los pacientes y familiares como para los médicos. Los pacientes en ocasiones tienen dificultades para iniciar conversaciones sobre el pronóstico y los médicos tienen la necesidad de utilizar las habilidades y las técnicas complejas para lograr una alta calidad en la comunicación e información sobre el pronóstico¹².

COMUNICACIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

La comunicación entre los médicos y los pacientes con cáncer puede tener un impacto importante sobre los resultados psicosociales. La comunicación centrada en el paciente puede contribuir a una disminución de la ansiedad del paciente^{13,14}, la construcción de alianzas terapéuticas, y a mejorar la recuperación del paciente¹⁵, la satisfacción, y la auto-eficacia¹⁴.

El efecto del contexto, más conocido como el efecto placebo, se centra en mayor medida en el impacto de la relación médico-paciente y en el efecto de la recuperación de un paciente. La literatura publicada sugiere que los médicos que muestran un ambiente cálido, de manera amistosa y tranquilizadora con sus pacientes son más efectivos. Halpern et al. describieron que la empatía provoca que los pacientes sean más explícitos sobre sus síntomas y preocupaciones, por lo tanto, facilitan la recopilación de información médica, que a su vez, produce más precisión en el diagnóstico y una mejor atención, ayuda a los pacientes a recuperar la autonomía y la participación en su tratamiento por el aumento de su auto-eficacia, y lleva a interacciones terapéuticas que afectan directamente a los pacientes¹⁶.

Los autores creen que una mejor comprensión de la empatía y el encuadre de las acciones psicológicas y conductuales en este proceso, como los métodos de acción usados en el trabajo emocional pueda ayudar a los médicos a incorporar con éxito la empatía en su práctica diaria. Aunque el concepto de trabajo emocional, es *"el acto de expresar organizadamente emociones deseadas durante la transacción en la asistencia"*; es bien conocido en la gestión de las organizaciones, pero no es ampliamente apreciado en el ámbito de la medicina. La palabra empatía se utiliza rutinariamente en las discusiones sobre la relación médico-paciente. El diccionario define la empatía como "la acción de entender, estar consciente y de ser sensible a la experiencia vicaria de los sentimientos, pensamientos y experiencia del otro (...). Sin tener los sentimientos, pensamientos y experiencias plenamente comunicados de una forma objetiva o de manera explícita". La empatía no sólo es una actitud, más bien, la empatía sería un proceso que comprende tres dimensiones: la afectiva, la cognitiva, y del comportamiento. Rogers describe la empatía como "ser sensible, momento a momento, al cambio de significados de los sentimientos que fluyen en la otra persona". Esta descripción indica que la empatía es un proceso en respuesta a un objetivo o blanco cambiante y condicionado por la situación. La conceptualización de la empatía sugerida por Davis la define como un proceso psicológico que comprende una colección de mecanismos afectivos, cognitivos y conductuales y los resultados en la reacción a las experiencias observadas en otros¹⁷.

Los procesos empáticos se agrupan de acuerdo con su complejidad cognitiva en tres dimensiones:

a) procesos no cognitivos (nivel más básico) tales como la mímica motora y la reacción circular primaria. Son responsables de generar consecuencias afectivas similares. Ej. Un paciente profundamente depresivo puede producir un sentimiento reflejo depresivo en el médico,

b) procesos cognitivos simples se explicarían por el condicionamiento clásico y asociación directa. Está basado en la idea que el observador ha experimentado la reacción en el pasado similar, que se regenera ante las señales de la persona de destino o en la situación. Ej. el paciente puede mostrar expresiones faciales que le recuerdan al médico emociones similares que él o ella ha experimentado en el pasado.

c) procesos cognitivos avanzados que incluyen la mediación por el lenguaje de asociación, elaboración de vínculos cognitivos, y el asunción de roles y las inferencias a partir de pistas verbales. Ej., el médico de un paciente puede entender mejor si el paciente expresa más sobre su situación. El nivel de proceso cognitivo más avanzado consiste en inferir acerca de los pensamientos, motivos o intenciones; toma el papel afectivo e implica la inferencia sobre las emociones. Ej., el médico imagina la situación del paciente y se imagina lo que el paciente siente o piensa.

Los procesos de empatía afectan al médico (observador) como piensa, como se siente (consecuencias intra-personales), y como se comporta (consecuencias inter-personales) con el paciente (objetivo). Las *consecuencias intra-personales* pueden ser afectivas o no afectivas: **a) las afectivas** incluyen reacciones emocionales paralelas y reactivas. Las **emociones paralelas** son reproducciones del afecto del paciente. Ej. La ansiedad de un médico ante la presencia de un paciente ansioso. Las **emociones reactivas** son respuestas del observador y no son usualmente experimentadas por el objetivo. Ej. El enfado de un médico cuando observa a un paciente tratado injustamente. El distress y la compasión/ preocupación por parte del personal sanitario serían reacciones reactivas. La generación de emociones reactivas requieren un proceso cognitivo más avanzado y **b)** Las consecuencias **no afectivas** son los juicios atribucionales, evaluaciones o creencias hacia la otra persona. Ej. Estimaciones que hace el clínico sobre los pensamientos, atribuciones y sobre las conductas y decisiones del paciente. Las consecuencias inter-personales ilustran los aspectos conductuales de la empatía, incluyendo conductas de ayuda, agresión y conductas sociales. En la relación médico-paciente las conductas sociales como la comunicación y estilo social considerado (Ej. Calidez, sensibilidad, punto de vista positivo...) son los puntos principales¹⁷. Los procesos empáticos y resultados intra-personales aumentan el comportamiento de ayuda y reducen el comportamiento agresivo, fomentan la evitación y la mejora de la gestión de conflictos, promueven una buena comunicación y un estilo social adecuado. Además, los procesos empáticos pueden afectar a las reacciones inter-personales directamente de tal manera que la comprensión de la situación de un paciente (por ejemplo, a través de la asunción de roles) conduce a los comportamientos habituales de ayuda¹⁸.

El Instituto Nacional del Cáncer en los Estados Unidos se ha interesado recientemente en la atención de la comunicación centrada en el paciente durante el tratamiento del cáncer, y ha desarrollado la puesta en marcha de un programa amplio monográfico para explorar el papel de la comunicación como un medio para mejorar los resultados de los pacientes con cáncer. La comunicación centrada en el paciente es el marco de referencia del programa y describe seis funciones principales en la comunicación médico-paciente que son: el fomento de las relaciones de curación, el intercambio de información, estrategias de respuesta a las emociones, la gestión de la incertidumbre, la toma de decisiones y de gestión que permite la libre elección del paciente"¹⁹. El curso monográfico sobre habilidades de comunicación propuesto por el Instituto Nacional del Cáncer

está diseñado para entrenar a los médicos con habilidades específicas y que están estrechamente relacionadas con seis funciones básicas, estas habilidades incluyen: (a) la toma de decisión compartida, (b) establecer el marco de la consulta, (c) control, (d) la comunicación empática, (e) cuestionamiento y (f) la organización de la información. En un contexto aplicado, ejemplos de estas relaciones son: (a) información sobre el pronóstico de una manera que permite tomar decisiones informadas de tratamientos, (b) el intercambio de información mediante la comprobación de las necesidades de información y la comprensión del paciente sobre la información recibida, (c) la enseñanza de la comunicación empática y habilidades para promover una respuesta apropiada por el profesional ante la reacción emocional; y (d) ayudar a los pacientes de cáncer a manejar la incertidumbre haciendo un debate o discusión sobre el pronóstico de forma abierta y honesta²⁰.

Los pacientes oncológicos en las culturas occidentales tienen mayores necesidades de información, además quieren estar bien informados sobre su diagnóstico, las opciones de tratamiento y los posibles efectos secundarios de los tratamientos. Múltiples estudios demuestran que los pacientes quieren información sobre sus posibilidades de curación, conocer sobre la progresión de la enfermedad y los posibles efectos secundarios²¹⁻²² con el fin de tomar decisiones informadas de tratamiento. Por otra parte, para muchos pacientes, estas necesidades de información no disminuyen a medida que su pronóstico empeora²³. Por otro lado, una pequeña proporción de los pacientes prefieren no escuchar información sobre su pronóstico, por tanto, la literatura en psico-oncología sugiere fuertemente que el tipo y cantidad de información proporcionada debe ser adaptada a las necesidades individuales de cada paciente²⁴.

Básicamente hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:

- El enfermo tiene el derecho de ser informado (información adecuada a las necesidades del paciente)
- El enfermo tiene derecho a tomar decisiones. Comunicarnos con él, ayudarle a ejecutar sus decisiones y ser un apoyo, pueden mejorar su estado de ánimo proporcionándole tranquilidad y bienestar emocional; y eliminar en todo lo posible la incertidumbre.
- El enfermo tiene opinión de lo que está sucediendo. Debemos escucharle.

COMUNICACIÓN Y ENSAYOS CLÍNICOS

En los últimos 20 años ha habido mucho debate en cuanto a si la información que se administra es suficiente y adecuada a los pacientes que se ofrecen la participación en ensayos clínicos la fase 1 en oncología. Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud²⁵ establece que durante el proceso de consentimiento informado (PCI), cada paciente debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, beneficios anticipados y peligros potenciales del estudio, y que se les ayude a comprender su derecho a participar, abstenerse o dejar de participar en el ensayo clínico. Los médicos reconocen que en la comunicación con el paciente se encuentran con muchas dificultades en el momento de buscar el consentimiento informado para los ensayos clínicos²⁶. Recientemente, se ha demostrado que

intervenciones educativas apropiadas pueden mejorar tanto la confianza y la competencia de los profesionales de la salud en el reclutamiento de los pacientes en ensayos clínicos de fase 3 ²⁷, pero no se evidencia eficacia y efectos similares para pacientes reclutados para ensayos clínicos de fase 1. Esto es algo sorprendente, ya que los estudios implican que pacientes con cáncer avanzado que se les ofrece ensayos en fase 1 y para quienes el tratamiento estándar ha fallado. La inclusión en los ensayos clínicos en esta situación presenta un conjunto de complejidades especialmente difíciles que pueden requerir programas de entrenamiento e intervenciones en habilidades específicas y avanzadas. Los ensayos clínicos en fase 1 tienen poca probabilidad de transmitir algún beneficio terapéutico para los pacientes, y llevan unido una significativa posibilidad de graves efectos secundarios ²⁸. Los pacientes desesperados tienen todavía la esperanza de una cura milagrosa, no siempre se puede apreciar los principales objetivos de los estudios de fase 1, hay que ser especialmente sensibles y conscientes de la vulnerabilidad de esta población, pero a veces es difícil ver que enfoques podrían proteger a los pacientes de sus ideas erróneas. Las investigaciones apoyan la importancia de la comprensión del paciente y la comunicación del profesional en las siguientes secciones: presentar el objetivo del ensayo, discutir los riesgos y beneficios asociados a la participación y discutir las alternativas a la participación del ensayo, incluido el derecho a denegar o retirarse del ensayo clínico ²⁹.

PROGRAMAS Y TÉCNICAS DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

La creación de talleres de comunicación para médicos persigue principalmente definir y dirigir el aprendizaje de las propias necesidades y dificultades para tratar de producir un cambio de actitudes, así como promover la probabilidad de que los logros alcanzados durante los cursos sean transferidos a la situación clínica real. Esto hace que el trabajo realizado en los talleres sea relevante y atractivo para los profesionales. El trabajo de las competencias específicas en habilidades de comunicación se realiza a través de los cursos de formación cortos e intensivos, con grupos reducidos, juegos de roles con pacientes estandarizados (actores), la grabación y la revisión del video, la crítica constructiva y el feedback del grupo dentro de un ambiente seguro y constructivo. El conocimiento se adquiere a través de demostraciones interactivas, seleccionando lecturas claves y discusiones en grupos pequeños. Las actitudes y la conciencia personal de las habilidades de comunicación se tratan a lo largo de los cursos siempre que sea apropiado. Hay que ser cuidadosos para conseguir un ambiente en el que los participantes se sientan seguros, que se respete el carácter confidencial de las revelaciones y dinámicas realizadas entre los miembros del grupo. La confidencialidad de la discusión y el proceso deben estar garantizados, los participantes por lo general son sorprendentemente francos y directos en las dinámicas. Este modelo combina elementos del aprendizaje de adultos descrito por Knowles, Rogers y Freire, orientado a la tarea y a la experiencia de habilidades de los métodos de grupo. El modelo se ha demostrado que mejora el conocimiento de los médicos acerca de las actitudes relativas a la entrevista médica, así como sus habilidades de comunicación ³⁰.

El programa de formación de habilidades de comunicación denominado Laboratorio Comskil del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) en Nueva York ha desarrollado un amplio plan de estudios de Ciencia y Tecnología en el MSKCC. El plan de estudios básico para facultativos y residentes consta de seis módulos: a) comunicación de malas noticias, b) la toma de decisiones sobre opciones de

tratamiento, incluyendo ensayos clínicos, c) la respuesta a la ira del paciente, d) hablar de pronóstico, e) discutir de la transición curativa a los cuidados paliativos, y f) discutir las últimas voluntades, la orden de no reanimar. Además se ha ampliado a otras situaciones como la comunicación en situaciones difíciles con la familia y la utilización de intérpretes en la actividad clínica³¹. El programa está basado en las mejores prácticas descritas en la literatura³², cada módulo consta de 3 horas y se compone de tres partes: (1) una sesión didáctica que recoge la evidencia y las revisiones bibliográficas que rodean el tema y al módulo en particular, y además se presenta las habilidades y técnicas de comunicación más destacables para el tema del módulo, (2) una presentación de un video que muestra a un médico del hospital haciendo uso de estas habilidades que se enseñan en el módulo en particular con un paciente simulado, y (3) sesiones formadas por grupos pequeños de juego de roles, en el que los participantes se turnan para practicar las habilidades de consultas con pacientes simulados (actores). En estas sesiones, los participantes reciben retroalimentación de su facilitador y los miembros del grupo en relación con la revisión de su desempeño en la reproducción del video grabado. La mayor parte del tiempo en cada módulo de formación se dedica a pequeños grupos de tres profesionales cada uno trabajando el juego de rol y escenarios dirigidos por uno o dos facilitadores (profesionales facultativos entrenados). Posteriormente cada médico es grabado en video durante las consultas ambulatorias en cuatro ocasiones: con dos pacientes antes de la formación y con dos pacientes después del entrenamiento. Los médicos reciben por escrito retroalimentación después de su pre y post entrenamiento y de las grabaciones de video donde se revisa y se toma nota de sus fortalezas en el uso de habilidades de comunicación y de las nuevas habilidades que se introducen y además se sugieren otras que no se utilizan con frecuencia.

El grupo del MSKCC ha desarrollado el taller sobre las estrategias en el acto de la comunicación en la consulta y consta de cinco componentes: (a) objetivos, (b) estrategias, (c) habilidades, (d) tareas de proceso y (e) evaluaciones cognitivas. (a) Los objetivos de comunicación son el resultado deseado de la consulta y se logra mediante el uso de estrategias de comunicación, las habilidades, las tareas del proceso y las evaluaciones cognitivas. (b) Las estrategias de comunicación son comportamientos directos hacia la realización con éxito del objetivo. El uso acumulativo de estrategias facilita el logro de la meta. (c) Habilidades de comunicación son modos discretos (unidades de expresión) por el uso de los cuales los médicos pueden fomentar el diálogo clínico y por lo tanto lograr una estrategia Ej. Reflejar, realizar preguntas abiertas, empatizar, clarificar... A diferencia de lo implícito y lo explícito en las definiciones de las habilidades de comunicación en la literatura, esta definición describe una habilidad de comunicación lo más objetiva, enseñable y observable, (d) tareas del proceso son un conjunto de diálogos o comportamientos no verbales que crear un entorno para la comunicación efectiva y (e) las valoraciones cognitivas permiten al clínico formular una hipótesis sobre las necesidades no declaradas o no explícitas y las agendas o necesidades de los paciente puedan tener. El modelo se centra en la enseñanza sobre dos tipos de evaluaciones cognitivas: las señales y barreras del paciente. El desarrollo de cada nuevo módulo incluye una serie de siete pasos consecutivos: (1) revisión sistemática de la literatura, (2) el consenso de las reuniones de revisión, (3) desarrollo del plan modular, (4) los materiales de capacitación para el desarrollo, (5) el desarrollo de escenarios, (6) la posibilidad de modificar y realizar adaptaciones interactivas y (7) la evaluación del programa³³.

El éxito del programa es clave cuando se desarrolla en el área del facultativo médico³⁴ y trata de mejorar las habilidades de comunicación para ayudar a promover que los logros alcanzados durante los cursos sean transferidos a la situación clínica real. En el MSKCC han seguido la estrategia de

entrenar e implicar a los propios facultativos y ha presentar un modelo cercano, como facilitador, la formación en el MSKCC de los primeros especialistas como facilitadores fueron oncólogos, cirujanos, pediatras... formados primero en los módulos básicos del taller, seguido de un módulo separado sobre el papel del facilitador y capacitarlos para ser facilitadores en el entrenamiento en habilidades de comunicación a colegas, residentes y estudiantes de la profesión. El programa es especialmente valioso por el uso de role-play con los actores, el enfoque de los facilitadores, de los que reciben retroalimentación, y la exposición y entrenamiento a las nuevas técnicas y habilidades en el propio hospital. El programa está activo continuamente, con una programación a lo largo de todo el año. El 97% de los participantes refieren que el programa es muy útil y lo recomiendan a otros colegas. Los participantes calificaron los cursos como interesantes, útiles y muy formativos y de gran importancia para su propia práctica clínica y para la enseñanza secundaria a personal y a los estudiantes³⁵.

DISCUSIÓN

Los estudios confirman que los oncólogos describen considerables dificultades en su comunicación con pacientes con cáncer, pero que, con la formación se puede lograr una mayor confianza y se puede adoptar cambios en sus prácticas profesionales. La antigüedad y experiencia clínica por sí sola no enseña a los médicos a hacer frente a las dificultades. Los médicos destacan dos áreas clave que a menudo se omiten en la formación médica, el manejo de habilidades de relación y manejo de reacciones emocionales, tales como las que se encuentran en la comunicación de malas noticias o tener desacuerdos con los pacientes y las familias. Muchos profesionales debido a la presión asistencial rara vez comprueban de manera eficaz la comprensión de la información dada al paciente o se interesan por las necesidades del propio paciente, y este hecho es fundamental para que se genere un buen vínculo terapéutico y una relación de entendimiento y confianza entre el médico y el paciente.

Los médicos educados en un sistema que prima el conocimiento científico y que no se les permite reconocer sus propios sentimientos y que les enseña que los sentimientos no son importantes o son cuestiones secundarias, es poco probable que se relacionen con empatía con sus pacientes. Esto lleva a muchos médicos a desarrollar un frío distanciamiento profesional como el único medio para hacer frente a sus propias reacciones emocionales. Este distanciamiento puede tener un efecto protector, pero con el tiempo puede aislarlos de los colegas y familiares, e interfiere seriamente con la satisfacción y el buen rendimiento personal. Los médicos no pueden manejar sus propias reacciones o las respuestas emocionales de los pacientes sino gozan de las relaciones terapéuticas satisfactorias que puede hacer que la medicina valga la pena.

En resumen, los cursos parecen tener un efecto positivo sobre los médicos, provocando una mayor confianza en muchas situaciones comunes de entrevista con el paciente, más centrados en las actitudes hacia los enfermos, y ayudando a facilitar los cambios de estrategias y habilidades en la práctica profesional. En ocasiones se detecta en los médicos alteraciones psiquiátricas, trastornos, agotamiento emocional y baja realización personal. La escasez de formación en habilidades de comunicación contribuye a su estrés y angustia y les hace menos útiles para la atención de los pacientes. Se necesitan más recursos y políticas en países desarrollados para hacer este tipo de

iniciativas de formación a disposición de todos los oncólogos y profesionales sanitarios. A través de sociedades, universidades y hospitales se deberían desarrollar unidades para la evaluación de nuevos métodos de entrenamiento en habilidades de comunicación en el ámbito sanitario y atendiendo a estos razonamientos es imprescindible, dada su sencillez y bajo coste, aprender a utilizar la comunicación eficazmente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Maguire GP, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: benefits of feedback training in interviewing as students persist. *Br Med J* 1986; 292:1573-1578.
2. Baile W, Kudelka AP, Beale EA, et al. Communication skills training in oncology. *Cancer* 1999; 86(5): 887-897.
3. Fallowfield LJ, Lipkin M, Hall A. Teaching senior oncologists communication skills: results from phase 1 of a comprehensive longitudinal program in the UK. *J Clin Oncol* 1998; 16: 1961-1968.
4. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, et al. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996; 347: 724-728.
5. Boletín Oficial del Estado (2002). Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Autor, núm 274 de 15 de noviembre, 40126-36.
6. Sanz J. Comunicación e información. *Med Clin (Barc)* 1995; 104:59-61.
7. Neuwirth ZE. Physician empathy-should we care? *Lancet* 1997; 350:606.
8. Fallowfield J. How improve Communications skills in oncologist. *Ann Oncol*. 2000; 11 Suppl 3:63-6.
9. Gattellari M, Butow PN, Tattersall MHN et al. Misunderstanding in cancer patients: why shoot the messenger. *Ann Oncol* 1999; 10:39-46.
10. The AM, Hak T, Koeter G et al. Collusion in doctor-patient communication about death: an ethnographic study. *West J Med* 2001; 174:247-253.
11. Weeks JC, Cook EF, O'Day SJ et al. Relationship between cancer patient's prediction of prognosis and their treatment preferences. *J Am Med Assoc* 1998; 279:1709-1714.
12. Brown R, Bylund CL, Eddington J, Gueguen JA and Kissane DW. Discussing prognosis in an oncology setting: initial evaluation of a communication skills training module. *Psycho-Oncology* 2010; 19: 408-414.

13. Fogarty LA, Curbow JR, McDonnell K, Somerfield MR. Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety? *J Clin Oncol* 1999;17:371–379.
14. Gattellari M, Butow PN, Tattersall MH. Sharing decisions in cancer care. *Soc Sci Med* 2001; 52:1865–1878.
15. Brown RF, Butow PN, Dunn SM, Tattersall MHN. Promoting patient participation and shortening cancer consultations; a randomised trial. *Br J Cancer* 2001; 85: 1273–1279.
16. Halpern J. *From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice*. New York, NY: Oxford University Press; 2001.
17. Davis MH. *Empathy: A Social Psychological Approach*. Madison, Wis: Brown and Benchmark Publishers; 1994.
18. Larson EB, Xin Yao. Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship. *JAMA* 2005; 293, No. 9: 1100-1106.
19. Epstein RM, Street RL. *Patient-centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering*. Vol. NIH Publication No 07– 6225. National Cancer Institute: Bethesda MD, 2007.
20. Brown RF, Bylund CL. Communication skills training:describing a new conceptual model. *Acad Med* 2008; 83 (1): 37-44.
21. Fallowfield LJ, Jenkins VA. Current concepts in communication skills training in oncology. *Recent Results Cancer Res* 2006; 168:105-112.
22. Jenkins V, Fallowfield L, Saul J. Information needs of cancer patients: results from a large study in UK cancer centres. *Br J Cancer* 2001; 84:48-51.
23. Hagerty RG, Butow PN, Ellis PA et al. Cancer patient preferences for communication of prognosis in the metastatic setting. *J Clin Oncol* 2004; 22:1721-1730.
24. Stiefel F, Razavi D. Informing about the diagnosis, relapse and progression of disease: communication with the terminally ill cancer patient. *Recent Results Cancer Res* 2006; 168:37-46.
25. World Health Organization (1995). *Guidelines for good clinical practice (GCP) for trials on pharmaceutical products*. World Health Organization, Geneva.
26. Fallowfield L, Saul J, Gilligan B. Teaching senior nurses how to teach communication skills in oncology. *Cancer Nurs* 2001; 24:185-191.
27. Jenkins V, Fallowfield L, Solis-Trapala I, Langridge C, Farewell V. Discussing randomised clinical trials of cancer therapy: evaluation of a cancer research UK training programme. *BMJ* 2005; 330-400.

28. Roberts T, Goulart B, Squitieri L, Stallings S, Halpern E, Chabner B, Gazelle G, Finklestein SJWC. Trends in the risks and benefits to patients with cancer participating in phase 1 clinical trials. *JAMA* 2004;292:2130-2140.
29. Cox AC, Fallowfield LJ, Jenkins VA. Communication and informed consent in phase 1 trials: a review of the literature. *Support Care Cancer* 2006; 14: 303-309.
30. Gordon GH, Rost K. Evaluating a faculty development course on medical interviewing. In: M Lipkin, SM Putnam, A Lazare (eds). *The Medical Interview: Clinical Care, Education and. Research*. Springer-Verlag, New York, 1995, 436-447.
31. Lubrano di Ciccone¹ B, Brown RF, Gueguen JA, Bylund CL, Kissane DW. Interviewing patients using interpreters in an oncology setting: initial evaluation of a communication skills module. *Annals of Oncology* 2010; 21: 27-32.
32. Kurtz S, Silverman J, Draper J. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. Radcliffe Medical Press Ltd: Abingdon, 1998.
33. Bylund CL, Brown R, Gueguen JA, Diamond C, Bianculli J and Kissane DW. The implementation and assessment of a comprehensive communication skills training curriculum for oncologists. *Psycho-Oncology* 2010; 19: 583–593.
34. Butler L, Degner L, Baile W. Developing communication competency in the context of cancer: a critical interpretive analysis of provider training programs. *Psycho-Oncology* 2005; 14:861–872.
35. Bylund CL, Gueguen J, Sabee C, Imes R, Li Y, Sanford A. Provider–patient dialogue about internet information: an exploration of strategies to improve the provider–patient relationship. *Patient Educ Couns* 2007; 66:346-352.