

Habilidades en comunicación con adolescentes



L. Rodríguez Molinero

CS de Casa del Barco. Valladolid. España.

“Quiero que mis palabras digan,
lo que quiero que digan;
y que tú las oigas,
como quiero que las oigas”
(Pablo Neruda)

PUNTOS CLAVE

- La comunicación humana es la herramienta más importante para transmitir sentimientos, emociones y pensamientos.
- La comunicación es la mejor ayuda para satisfacer las necesidades de Maslow.
- Un axioma es algo que por su propia evidencia no precisa ser demostrado. Los axiomas de Watzlawick son la base de la teoría moderna de la comunicación.
- Se comunica más por el gesto (lenguaje no verbal) que por las palabras (lenguaje verbal).
- La escucha activa es el proceso mediante el cual pretendemos comprender lo que nos quiere decir el paciente.
- La calidad de la relación clínica está relacionada directamente con la adherencia terapéutica, el éxito del tratamiento, la mejora autoestima del médico y con las menores demandas judiciales.
- Las habilidades de comunicación clínica forman parte de las competencias profesionales y deberían contemplarse más ampliamente en los programas de pregrado y postgrado.
- El secreto médico es la base de la confidencialidad en la relación con los adolescentes y está protegida por la Ley, además de ser un deber ético.

RESUMEN

La herramienta más importante en la práctica clínica es la entrevista, en ella se recogen datos clínicos objetivos y biológicos pero también se perciben emociones sentimientos y pensamientos. La entrevista es un acto comunicacional y terapéutico basado en la “relación de ayuda”. Las habilidades de relación clínica precisan de un aprendizaje no suficientemente bien contemplado en los estudios de grado y postgrado. Tradicionalmente, se ha dejado al albur de las competencias personales sin una orientación académica formal, por lo que cada profesional entendía la relación clínica desde una perspectiva individual y personal (“yo soy como soy ...”). Actualmente, la calidad de esta relación se vincula directamente a la adherencia al tratamiento, las reclamaciones judiciales, la motivación personal y al éxito clínico. Si todo esto es cierto en cualquier ámbito clínico, es más patente cuando se trata de adolescentes por sus peculiaridades personales.

INTRODUCCIÓN

Los humanos somos seres sociables por naturaleza y pasamos la mayor parte de nuestras vidas relacionándonos. Desde el nacimiento somos capaces de ver y oír. Vemos movimientos, gestos y ademanes y oímos sonidos que se relacionan con lo que vemos. Y desde el nacimiento, a través de las atenciones de nuestros cuidadores, aprendemos a solventar nuestras necesidades. Al mismo tiempo, percibimos emociones placenteras o desagradables cuando somos atendidos. Se inicia así un camino largo de aprendizajes de comunicación que no terminará nunca.

El psicólogo Abraham Maslow (1908-1970) expresó los diferentes niveles de necesidades, desde las más fisiológi-

cas (comer, beber) hasta las más sofisticadas o complejas (estéticas, trascendentales). Para este autor, es la comunicación la que nos permite satisfacer estas necesidades.

La comunicación es el acto por el cual un individuo establece con otro un contacto que le permite transmitir una información. Así pues, la **comunicación** es un tipo de relación recíproca que exige atención y diálogo, mientras que la **información** es un monólogo unidireccional. Las quejas de muchos pacientes van en esta línea de confundir información con comunicación. La buena comunicación exige tener tiempo, espacio y un mínimo de habilidades que son susceptibles de aprendizaje. El punto quinto de la declaración de Barcelona (www.webpacientes.org) habla de la “**Formación y entrenamiento específico en habilidades de comunicación para profesionales**” como parte fundamental en la calidad de la relación médico-paciente.

Todo proceso comunicativo se compone de los siguientes elementos, que influyen para facilitar o dificultar el proceso:

- Emisor: la persona (o personas) que emite un mensaje.
- Receptor: la persona (o personas) que recibe el mensaje.
- Mensaje: contenido de la información que se envía.
- Canal: medio por el que se envía el mensaje.
- Código: signos y reglas empleadas para enviar el mensaje.
- Contexto: situación en la que se produce la comunicación.

La comunicación eficaz entre dos personas se produce cuando el receptor interpreta el mensaje en el sentido que pretende el emisor. Sería la comunicación ideal.

Axiomas de Watzlawick

Cuando se habla de comunicación debemos hacer referencia a los axiomas de Watzlawick (Austria 1921-California 2007). El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define la palabra axioma como “aquello que por su propia evidencia no precisa ser demostrado”. Por tanto, para este autor se trata de fenómenos que siempre están presentes en la comunicación humana. Estos axiomas son:

1. **Es imposible no comunicarse:** toda conducta es una forma de comunicación.
2. **En toda comunicación hay un contenido y una relación, de modo que el segundo condiciona al primero:** si nos despedimos de un adolescente en la consulta diciéndole “cuidate muchacho”, hay un deseo de salud en cuanto al contenido y al mismo tiempo una relación de afecto y paternalismo, en cuanto a la relación médico-paciente.

3. **La naturaleza de una relación depende de la gradación que los participantes hagan de las secuencias comunicacionales entre ellos:** tanto el emisor como el receptor de la comunicación estructuran el flujo de la comunicación de diferente forma y, así, interpretan su propio comportamiento como mera reacción ante el del otro. Cada uno cree que la conducta del otro es la causa de su propia conducta, aunque lo cierto es que la comunicación humana no puede reducirse a un sencillo juego de causa-efecto, sino que es un proceso cíclico, en el que cada parte contribuye a la continuidad (o ampliación, o modulación) del intercambio. Un ejemplo es el conflicto entre padres y adolescentes, donde cada parte actúa pensando que responde a la conducta de la otra y esto es cíclico.

4. **La comunicación humana implica dos modalidades: la digital y la analógica:** la comunicación no implica simplemente las palabras habladas (comunicación digital: “lo que se dice”); también es importante la comunicación no verbal (o comunicación analógica: “cómo se dice”).

5. **Los intercambios comunicacionales pueden ser o simétricos o complementarios:** una relación simétrica es la que se presenta en seres de iguales condiciones (hermanos, amigos, amantes, etc.), y una relación complementaria es la que presenta un tipo de autoridad (padre-hijo, profesor-alumno, médico-paciente).

La comunicación entre médicos y adolescentes puede ser buena o mala en función de los axiomas de Watzlawick. Los fracasos en la comunicación entre médico y adolescente, como individuos, se presentan cuando:

- Ambos se comunican en un código distinto; por ejemplo si el lenguaje que usan no es el mismo.
- El código en el que se transmite el mensaje ha sido alterado dentro del canal; por ejemplo, lo que se dicen en la entrevista clínica está alterado por la palabra o el gesto.
- Se produce una falsa interpretación de la situación. Por ejemplo, se evidencia que el valor de la salud para un médico no es el mismo que para un adolescente.
- Se confunde el nivel de relación por el nivel de contenido; por ejemplo, si hablamos de las ventajas de hacer deporte, y esto se interpreta de forma impositiva.
- La comunicación digital no concuerda con la comunicación analógica; es decir, cuando el médico dice que fumar perjudica la salud, y sin embargo huele a tabaco o tiene los dedos amarillos de nicotina.

- Se espera un intercambio comunicacional complementario y se recibe uno paralelo o simétrico. Esto sucede cuando los médicos ejercen de “colegas” mientras lo que espera el joven es que un adulto le transmita seguridad, confianza y ayuda.

La comunicación entre el médico y el adolescente es eficaz cuando:

- El código del mensaje es correcto. Médicos y adolescentes entienden lo mismo.
- Se evitan alteraciones en el código dentro del canal. No hay nada ni nadie que interfiera en lo que quieren decir.
- Se toma en cuenta la situación del receptor. El médico entiende que el muchacho puede no comprender bien, repite el mensaje, le pregunta y al final se asegura de que lo ha entendido.
- El entorno en el que se produce la comunicación es el correcto, o si ambas partes, médico y adolescente, asumen que no lo sea (por ejemplo, si las consultas no tienen un mínimo de confort para garantizar la confidencialidad y la privacidad), sin que por ello se devalúe la comunicación.
- Tanto médico como adolescente coinciden en la valoración de los problemas de salud que se plantean.
- La comunicación digital concuerda con la comunicación analógica, es decir, hay concordancia entre el lenguaje verbal y el gestual.

TIPOS DE COMUNICACIÓN

Las formas de comunicación humana pueden agruparse en dos grandes categorías: la comunicación verbal y la comunicación no verbal:

- **La comunicación verbal** se refiere a las palabras que utilizamos y a las inflexiones de nuestra voz (tono de voz).
- **La comunicación no verbal** hace referencia a un gran número de canales, entre los que se podrían citar como los más importantes el contacto visual, los gestos faciales, los movimientos de brazos y manos o la postura y la distancia corporal.

Se ha demostrado que entre un 65 y un 80% del total de nuestra comunicación con los demás la realizamos a través de canales no verbales. Para comunicarse eficazmente, los mensajes verbales y no verbales deben coincidir entre sí. Muchas dificultades en la comunicación se producen cuan-

do nuestras palabras se contradicen con nuestra conducta no verbal.

Ejemplos

- Un adolescente entra en nuestra consulta deseoso de hablar y el médico le recibe mirando al ordenador o al reloj, y con un gesto desagradable.
- Un adolescente llama por teléfono a su padre para decirle que ha aprobado Matemáticas de 1.º de Bachillerato, lo cual le ha costado especialmente, y el padre le dice “¿Pero solo has aprobado Matemáticas?”.

TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN EFICAZ

Todos conocemos, y podríamos citar en teoría, cuáles son los principios básicos para lograr una correcta comunicación. Pero aunque parecen perogrulladas, frecuentemente nos olvidamos de ellos. Algunas estrategias que podemos emplear son sencillas y constan en todos los manuales relacionados con la comunicación humana:

La escucha activa

Uno de los principios más importantes y difíciles de todo el proceso comunicativo es el **saber escuchar**. Se está atento a las propias emisiones, y en esta necesidad propia se pierde la esencia de la comunicación, es decir, poner en común, compartir con los demás. Escuchar requiere un esfuerzo superior al que se hace al hablar, y mayor también del que se realiza al escuchar sin interpretar lo que se oye. Pero, ¿qué es realmente la escucha activa?

La escucha activa significa escuchar y entender la comunicación desde el punto de vista del que habla. ¿Cuál es la diferencia entre el oír y el escuchar? Existen grandes diferencias. Oír es simplemente percibir vibraciones de sonido, mientras que escuchar es entender, comprender o dar sentido a lo que se oye. La escucha efectiva es necesariamente activa, por encima de oír, que es lo pasivo. La escucha activa se refiere a la habilidad de escuchar no solo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo.

Elementos que facilitan la escucha activa

- Disposición psicológica: prepararse interiormente para escuchar. Observar al otro: identificar el contenido de lo que dice, los objetivos y los sentimientos.

- Expresar al otro que le escuchas con comunicación verbal (ya veo, ¡umm!, ¡uh!, etc.) y no verbal (contacto visual, gestos, inclinación del cuerpo hacia adelante, etc.).

Elementos que hay que evitar en la escucha activa

- La distracción. Distraerse es fácil en determinados momentos. La curva de la atención se inicia en un punto muy alto, disminuye a medida que el mensaje continúa y vuelve a ascender hacia el final del mensaje. Hay que tratar de combatir esta tendencia, haciendo un esfuerzo especial hacia la mitad del mensaje, con objeto de que nuestra atención no decaiga.
- Las interrupciones al que habla.
- Juzgar.
- Ofrecer ayuda o soluciones prematuramente.
- El rechazo de lo que esté sintiendo, o su minusvaloración, por ejemplo: “No te preocupes, eso no es nada”.
- Contar “tu historia” cuando el otro necesita hablarte.
- Contraargumentar. Por ejemplo: si uno dice “Me siento mal” no hay que responder “Y yo también”.
- El “Síndrome del Experto”: se le dan respuestas al problema, antes incluso de que haya contado la mitad.

Habilidades para la escucha activa

Mostrar empatía

Escuchar activamente las emociones de los demás es tratar de “meternos en su piel” y entender sus motivos y sentimientos y hacerle saber que “nos hacemos cargo”. No se trata de mostrar alegría, ni de ser simpáticos, sino simplemente, de ponernos en su lugar. Sin embargo, eso no significa aceptar ni estar de acuerdo con la posición del otro. Para demostrar esa actitud, usaremos frases como: “Entiendo lo que sientes”, “noto que...”.

Parafrasear

Verificar con las propias palabras lo que parece que el emisor acaba de decir. Es muy importante en el proceso de escucha, ya que ayuda a comprender lo que el otro está diciendo y permite comprobar si realmente se está entendiendo lo que dice, y no malinterpretándolo. Un ejemplo de parafrasear puede ser: “Entonces, según veo, lo que pasaba era que...”, “¿Quieres decir que te sentiste...?”.

Emitir palabras de refuerzo o cumplidos

Pueden definirse como afirmaciones que suponen un halago para la otra persona o refuerzan su discurso, al transmitir que uno aprueba, está de acuerdo o compren-

de lo que acaba de decir. Algunos ejemplos serían: “Esto es muy divertido”; “me encanta hablar contigo”. Otro tipo de frases menos directas sirven también para transmitir el interés por la conversación: “Bien”, o “¡Estupendo!”.

Resumir

Mediante esta habilidad informamos a la otra persona de nuestro grado de comprensión o de la necesidad de mayor aclaración.

Expresiones de resumen serían:

- “Si no te he entendido mal...”.
- “O sea, que lo que me estás diciendo es...”.
- “A ver si te he entendido bien...”.

Expresiones de aclaración serían:

- “¿Es correcto...?”
- “¿Estoy en lo cierto...?”

Algunos aspectos que mejoran la comunicación

- **Al criticar a otra persona, hablar de lo que hace, no de lo que es.** Las etiquetas no ayudan a que la persona cambie, sino que refuerzan sus defensas. Hablar de lo que es una persona sería: “Te has vuelto a olvidar la mochila... Eres un desastre”; mientras que hablar de lo que hace sería: “Te has vuelto a olvidar la mochila... Últimamente te olvidas mucho de las cosas”.
- **Discutir los temas de uno en uno,** no “aprovechar” que se está discutiendo, por ejemplo sobre las bajas notas de la última evaluación de un muchacho, para reprocharle de paso que es un despistado, un olvidadizo y que no es cariñoso.
- **No ir acumulando emociones negativas sin comunicarlas,** ya que producirían un estallido que conduciría a una hostilidad destructiva. En consulta se da con frecuencia acumulo de emociones negativas produciéndose situaciones explosivas que son muy incómodas y debemos evitar.
- **No hablar del pasado.** Rememorar antiguas ventajas, o sacar a relucir los “trapos sucios” del pasado, no solo no aporta nada provechoso, sino que despierta malos sentimientos. El pasado solo debe sacarse a colación constructivamente, para utilizarlo de modelo cuando ha sido bueno e intentamos volver a poner en marcha conductas positivas quizá algo olvidadas. Pero es evidente que el pasado no puede cambiarse; por tanto, hay que dirigir las energías al presente y al futuro.
- **Ser específico.** Ser específico, concreto, preciso, es una de las normas principales de la comunicación. Tras

una comunicación específica, hay cambios; es una forma concreta de avanzar. Cuando se es inespecífico, rara vez se moviliza nada. Si, por ejemplo, una chica puede quejarse del poco caso que se le hace en su casa y se expresa así: “No me hacéis caso”, “Me siento sola”, “Siempre estáis ocupados”. Aunque tal formulación exprese un sentimiento, si no hacemos una propuesta específica, probablemente las cosas no cambiarán. Sería apropiado añadir algo más. Por ejemplo: “Desde ahora vamos a procurar cenar todos los días juntos y hablar de lo que ha pasado a todos durante el día. ¿Qué os parece?”. O “¿qué os parece si nos comprometemos a dejar todo lo que tenemos entre manos a las nueve de la noche, y así podremos cenar juntos y charlar?”.

- **Evitar las generalizaciones.** Los términos “siempre” y “nunca” raras veces son ciertos y tienden a formar etiquetas. Es diferente decir “últimamente te veo algo ausente” que “siempre estás en las nubes”. Para ser justos y honestos, para llegar a acuerdos, para producir cambios, resultan más efectivas expresiones del tipo: “La mayoría de las veces”, “en ocasiones”, “algunas veces”, “frecuentemente”. Son formas de expresión que permiten al otro sentirse correctamente valorado.
- **Ser breve.** Repetir varias veces lo mismo con distintas palabras, o alargar excesivamente el planteamiento no es agradable para quien escucha y se corre el peligro de ser pesado. Hay que recordar que “lo bueno, si breve, dos veces bueno”.
- **Cuidar la comunicación no verbal.** Para ello, tendremos en cuenta lo siguiente:
 - La comunicación no verbal debe de ir acorde con la verbal. Decir “ya sabes que te quiero” con cara de fastidio dejará a la otra persona peor que si no se hubiera dicho nada.
 - Contacto visual. El tiempo que se está mirando a los ojos de la otra persona debe ser frecuente, pero no exagerado.
 - Transmitir afecto. El afectivo es el tono emocional adecuado para la situación en la que se está actuando. Se basa en índices como el tono de voz, la expresión facial y el volumen de voz (ni muy alto ni muy bajo).
- **Elegir el lugar y el momento adecuados.** En ocasiones, un buen estilo comunicativo, un modelo coherente o un contenido adecuado pueden irse al tras-

te si no hemos elegido el momento correcto para transmitirlo.

- Observar el lugar: el ruido que exista, el nivel de intimidad, el ambiente.
- Si vamos a criticar o pedir explicaciones debemos esperar a estar a solas con nuestro interlocutor.
- Si vamos a elogiarlo, será bueno que esté con su grupo u otras personas significativas.
- Si ha comenzado una discusión y vemos que se nos escapa de las manos, o que no es el momento apropiado, para interrumpirla utilizaremos frases como: “Si no te importa podemos seguir discutiendo esto en... más tarde”.

PARA SER PRÁCTICOS

Durante muchos años, la práctica clínica se relacionaba con la personalidad de cada uno y con el “Arte Médico”. Desde que se sabe que la técnica de la entrevista puede aprenderse, y que de ella dependen en gran medida los resultados clínicos, se ha comprendido su utilidad. No vale pues expresiones como “yo soy así y no voy a cambiar” cuando nos referimos a una forma de ser carente de estas habilidades aquí descritas. En la relación entre el médico y el paciente-adolescente, la entrevista es la herramienta clínica más importante que se usa para investigar los problemas de salud.

Objetivos de la entrevista

- Saber **cuál es el problema** de salud que existe, sea físico, psíquico o social.
- Saber **quiénes son los que reconocen el problema**: la familia, la escuela o el mismo adolescente.
- Saber **cómo afronta el problema** el adolescente.
- Saber **cómo reacciona la familia**, la escuela o la sociedad ante ese problema.

Durante la entrevista hay que considerar varios **factores**: la edad y el desarrollo del adolescente; la familia que le acompaña (o no); sus problemas de salud, sus quejas, sus vivencias, su autonomía; la confidencialidad, el tiempo y la legislación.

Los profesionales que atendemos adolescentes tenemos que tener resuelta nuestra adolescencia, es decir, ser psicológicamente adultos, capaces de ser autónomos e independientes.

Debemos usar un lenguaje asequible para el muchacho, que nos permita una relación de entendimiento.

Debemos reconocer nuestro papel parental sustitutivo. Muchos de los problemas del adolescente vienen de la ausencia de una figura parental funcional.

Finalmente, debemos ser neutrales. Es una característica básica que nos permite asistir al encuentro con el adolescente sin prejuicios ni planteamientos morales.

Desde el punto de vista práctico, **se recomienda identificarse como profesional**, saber de qué forma le gusta al paciente-adolescente que se le llame; saber escuchar, procurar registrar las impresiones más relevantes, garantizar la privacidad y confidencialidad y procurar un ambiente de calidez que facilite la entrevista.

Hay muchos tipos de pacientes: habladores, silenciosos, emocionales-llorosos y agresivos-oposicionistas. Cada caso exige actitudes distintas, pero siempre teniendo en cuenta lo dicho anteriormente: hay que facilitar el diálogo, no juzgar, manifestar simpatía y dejar la posibilidad de nuevos encuentros, en los que puedan cambiar la actitud.

En nuestro modelo asistencial público, el tiempo del que disponemos es escaso. Nosotros trabajamos por la mañana, cuando los chicos suelen estar en los lugares de enseñanza. Nuestras consultas son masivas, mientras que ellos necesitan tiempo. Al final hay que buscar tiempos largos y a horas de disponibilidad. Las tardes, y sobre todo al final.

El tiempo del médico hay que considerarlo. Los adolescentes nos demandan demasiado. Ellos son exigentes y nosotros limitados. ¿Cómo resolverlo? Motivar al adolescente es un problema de tiempo y seducción. No es fácil.

La autonomía del adolescente es una consideración básica en la relación del médico con él. El individuo es dueño de sus actos y decisiones. Ello implica ausencia de coacción, procurarle opciones reales de decisión e información suficiente y necesaria.

El secreto médico es un derecho de la persona, relacionado con su dignidad y recogido en las leyes. Por tanto, el secreto profesional es un deber, y su vulneración nos enfrentaría a la Justicia.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Borrell i Carrió F. Manual de Entrevista Clínica. Barcelona: Doyma; 1989.

Un libro ameno, sencillo de entender y práctico, realizado por un profesional de nuestro sistema nacional de salud, acostumbrado a resolver diariamente las dificultades que supone la variedad de pacientes que todos tenemos y tememos.

- Dago Elorza R, Arroba Basanta ML. Habilidades Comunicacionales en la consulta del Pediatra. ¿Cómo establecer una relación clínica satisfactoria? En: AEPap Ed. Curso de Actualización Pediatría. 2008. Madrid: Exlibris Ediciones; 2008. p. 103-12.

Un artículo que describe magistralmente las ventajas de la buena comunicación y los inconvenientes de la mala comunicación realizado por pediatras de Atención Primaria.

- Jesús Madrid Soriano. Relación de Ayuda. Bilbao: Biblioteca de Psicología Desclee De Brouwer; 2005.

Si alguien está interesado en conocer en profundidad la relación médico-paciente y su valor como acto terapéutico debe conocer este libro escrito por un profesional ligado al Teléfono de la Esperanza, institución que lleva más de 40 años al servicio altruista del necesitado de comunicación.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Borrell i Carrió F. La Entrevista Clínica. Manual de estrategias. Práctica. Barcelona: SEMFYC Ediciones; 2004.
- Caballo V. Manual de evaluación y tratamiento de las habilidades sociales. SIGLO XXI; 1999.
- De las Heras Renero MD. Programa Discover. Junta Castilla y León [en línea]. Disponible en: http://www.jcyl.es/web/Satellite/Familia/es/Plantilla100Detalle/1131977301662/_/1131977301574/Texto?utm_source=recomendacion&utm_medium=email&utm_campaign=recomendacionEmail
- Goldstein A. Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. SIGLO XXI; 1999.
- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Teoría de la Comunicación Humana. Barcelona: Herder; 1997.