

Comunicación terapéutica I. Tratar bien y ser bien tratado

Jorge García Fernández¹, Sabela Bermúdez Míguez²

^{1,2}Psicólogo Especialista en Psicología Clínica

¹Xerencia de Xestión Integrada A Coruña. A Coruña. España

²Fundación Instituto San José. Madrid

e-mail: jorge.garcia.fernandez@sergas.es

En la práctica clínica cotidiana, resulta un hecho habitual la expresión de malestar de pacientes y profesionales acerca de la falta de acuerdo sobre distintos asuntos que pueden abarcar muy diversas temáticas: la ausencia de resolución de síntomas, los períodos de espera, desacuerdos sobre prioridad de objetivos, normas de funcionamiento del hospital, falta de confort, desinformación y los malos modos son claros ejemplos de ello. Desde el punto de vista de los pacientes como usuarios, se suelen englobar estas cuestiones bajo el término de calidad asistencial y desde el punto de vista de los profesionales, la calidad de los pacientes a los que tratan en cuanto a estas cuestiones, suele venir acuñada bajo los adjetivos de buen o mal paciente, colaborador,

difícil, afable u hostil, entre otros. En definitiva, tanto el personal sanitario como los receptores de servicios experimentan en el espacio que los une, el llamado "proceso terapéutico", una ineludible conexión que puede ser valorada de diferentes modos.

Es un hecho constatado que un determinado estilo comunicativo basado en la atención de las necesidades emocionales y prácticas de los pacientes, mejora los resultados de los tratamientos a través de la adopción de comportamientos de autocuidados, cumplimiento adecuado de prescripciones y la declaración de satisfacción por los servicios prestados.

Tanto es así, que diversos estudios han comprobado la utilidad y efectividad de incrementar la empatía y las habilidades de comunicación

en el trabajo terapéutico, donde el paciente será el mayor beneficiado. Una revisión amplia realizada sobre la relación entre la empatía de los médicos y enfermeras y su efecto sobre los pacientes ha sido publicada recientemente. (Lelorain, Brédart, Dolbeault, Sultan, 2012).

En el campo de la psicoterapia este asunto de mantener una relación cordial, fluída, ausente de conflictos y enfocada hacia los resultados esperados mediante acciones coordinadas por ambas partes, se ha venido conociendo desde hace décadas bajo el término de alianza terapéutica.

Bordin (Bordin, 1976) definió la alianza terapéutica como una relación formada por tres componentes: el vínculo afectivo, el acuerdo en los objetivos y el acuerdo entre las tareas para su consecución.

De este modo, aparte de las cuestiones técnicas, las muestras de empatía, congruencia y aceptación, se han postulado tradicionalmente (Rogers 1957) como cruciales en la formación de la alianza terapéutica. El término "confianza" ha formado parte de este constructo evidenciándose una relación bidireccional de la misma entre el paciente y terapeuta. En este sentido, una confianza depositada en el paciente mejora y potencia el efecto de la per-

cepción de esta misma característica sobre el profesional. Estos factores de colaboración y confianza son los que presentan una mayor correlación con los resultados de la terapia (Hatcher 1999).

Braconier (2002) clasifica los distintos factores relacionados con el desarrollo de la alianza terapéutica, entre los que se encuentran las características pertenecientes al paciente (como la capacidad para confiar en el terapeuta y la capacidad de autonomía), las características del terapeuta (capacidad para no juzgar, estar dispuesto a ayudar al paciente, ser tranquilo) los intercambios intersubjetivos entre paciente y terapeuta y las técnicas utilizadas durante la intervención.

Otras variables como la visión del profesional como experto, creíble o auténtico, incluso atractivo socialmente (en los términos subjetivos del paciente) se asociaron también con mejores resultados de las intervenciones realizadas.

Uno de los hallazgos más relevantes en la investigación sobre psicoterapia, es la identificación de la relación terapéutica y las variables implicadas en la misma, como factor especialmente decisivo en los resultados de los tratamientos, abarcando desde un 30% a

un 50 % de la varianza del resultado final de la terapia e independientemente del estilo u orientación terórica del profesional y del tipo de técnica empleada (Lambert, 1992; Horvath y Luborski 1993) La alianza terapéutica es un indicador de pronóstico de éxito en el resultado, más que un resultado de un proceso previo de mejoría por parte del paciente. (Safran y Muran 2000).

En este sentido, Bordin (1980) señala que la alianza positiva no es curativa en sí misma, sino que es un ingrediente que hace posible la aceptación y el seguimiento del trabajo terapéutico.

Luborski (1976) ha desarrollado una conceptualización de la relación como proceso cambiante, desde una primera fase inicial caracterizada por la sensación que experimenta el paciente sobre el apoyo y la ayuda proporcionada por el profesional (cercano al concepto de vínculo de Bordin) hasta una segunda fase posterior, en la que destaca el trabajo conjunto dirigido hacia las acciones diseñadas para la reducción del malestar.

La alianza terapéutica por tanto, se puede considerar una construcción progresiva y conjunta entre pacientes y profesionales, de modo que las expectativas, opiniones y en definitiva las

construcciones que ambos van desarrollando respecto al trabajo del otro, resultan decisivas para definir la relación así como el futuro de la misma.

Aunque la empatía y la calidez del terapeuta son dos de las cualidades que la mayoría de investigadores coinciden en considerar relevantes, no resultan sin embargo suficientes para establecer una buena relación. Los componentes de exploración y valoración por parte del profesional deben de acompañar los esfuerzos en ofrecer muestras de comprensión, aceptación y apoyo. El contexto profesional en el que se desarrolla por tanto esta relación, presenta una importancia crucial.

En definitiva, en lo que respecta a los profesionales, en los últimos años, se ha puesto en evidencia la importancia de las características de los terapeutas en la determinación de los procesos y resultados en psicoterapia (Garfield, 1997). Para muchos autores, el estilo del terapeuta constituye un estado objetivo específico que interviene en el modo de aplicar cualquier procedimiento o técnica psicoterapeuta (García y Fernández-Álvarez, 2007).

En lo que respecta a los pacientes, algunos estudios han destacado que la defensividad, la desgana, la hostilidad y la dominancia del pa-

ciente, se han propuesto como barreras para crear una relación de trabajo adecuada y la consecución de beneficios de los tratamientos.

En vista de los datos disponibles, resulta ineludible para los profesionales la necesidad de tener en cuenta el dominio de estas cuestiones en el desarrollo de su actividad profesional, pudiendo disfrutar asimismo de algunos de estos beneficios, en caso de poner en juego algunas de estas competencias cuando desempeñan el papel como pacientes.

Más información:

Corbella S, Botella L. La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*. 2003;2:205-221.

Lelorain S, Brédart A, Dolbeault S, Sultan S. A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psychooncology*. 2012;21:1255-64.

Lambert MJ. Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. New York: NY Basic Books; 1992. 635-129 p.