



## COMUNICACIÓN ASERTIVA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA

### ASERTIVE COMMUNICATION IN PEDIATRIC SURGERY

**Autores: Dr. Litzán Fidel Escalona Velázquez.**

Profesor Instructor. Hospital Pediátrico Provincial "Mártires de Las Tunas".

[pedro@ult.edu.cu](mailto:pedro@ult.edu.cu)

**Lic. Yunixi Virgen Sánchez Cruz.**

Pediátrico Provincial "Mártires de Las Tunas".2

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Litzán Fidel Escalona Velázquez y Yunixi Virgen Sánchez Cruz (2018): "Comunicación asertiva en cirugía pediátrica", Revista Caribeña de Ciencias Sociales (octubre 2018). En línea

[//www.eumed.net/rev/caribe/2018/10/comunicacion-cirugia-pediatria.html](http://www.eumed.net/rev/caribe/2018/10/comunicacion-cirugia-pediatria.html)

#### RESUMEN

Dentro de las relaciones humanas, la relación médico-paciente-familia es un arte complejo de dominar, es la piedra angular en la atención médica; El interés final de todos es común, ofrecer y recibir respectivamente una atención de salud adecuada. Este trabajo pretende dar una visión global de la relación médico-paciente-familia en Cirugía Pediátrica y destacar la importancia de la comunicación asertiva, que debe existir en todos los niveles asistenciales de salud, se señalan factores que influyen en la relación, atribuibles al médico y al paciente; se pretende esclarecer hasta cierto punto la situación actual del problema y brindar recomendaciones para realizar una buena relación médico-paciente-familia en Cirugía Pediátrica.

**Palabras claves:** relación médico paciente familia, comunicación.

#### ABSTRACT

In human relationships, the doctor-patient-family relationship is a complex art to master, is the cornerstone of medical care, the final interest is common, to offer and receive adequate health care. This work aims to provide an overview of the doctor- patient relationship in Pediatric Surgery, highlighting the importance of asertive communication and human behavior, which

\* Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Cirugía Pediátrica.  
Profesor Instructor.

\*\* Licenciada en Enfermería.

must exist in all levels of care where this link is established, clarify the current state of the problem and provide recommendations for a good doctor-patient-family relationship in Pediatric Surgery.

**Key words:** doctor-patient-family relationship, communication.

## Introducción

El ser humano como ser social no puede sobrevivir aislado, necesita de la vida colectiva y de la comunicación con sus semejantes para adaptarse al medio y transformarlo mediante el trabajo, lo cual refleja la necesidad objetiva del ser humano de asociación y de cooperación mutua; es también condición para el desarrollo de la individualidad, originalidad e integridad de este. (1)

Con su ayuda tiene lugar la interacción adecuada entre las personas en el desarrollo de la actividad conjunta, la transmisión de experiencias, de hábitos, así como la aparición y satisfacción de necesidades espirituales. La comunicación tiene un lugar especial y específico en la actividad general y profesional, la cual demanda al médico su uso efectivo. La condición humana está asociada indisolublemente a la comunicación como forma de relación entre los hombres.(2)

La comunicación asertiva médico-paciente-familia demanda crecientes retos e introduce cambios en la actividad profesional, en la cual la orientación educativa ocupa un lugar importante en el desempeño del médico, para ser efectivo en las relaciones que establece con los sujetos que necesitan su servicio profesional.

Los trabajadores de la salud, principalmente los médicos y enfermeras, somos de los profesionales que más relaciones interpersonales mantenemos con el pueblo, siempre con el objetivo de lograr una adecuada relación médico-paciente-familia y enfermera y alcanzar el bienestar deseado por el paciente.

Comunicación es una palabra de origen latino (*communicare*) que quiere decir compartir o hacer común. La condición humana está asociada indisolublemente a la comunicación.(3)

Una de las ideas centrales en la obra de Vigotsky considera que los seres humanos se desarrollan en una formación histórica cultural dada, creada por la propia actividad de producción y transformación de su realidad y es a través de la actividad humana que se produce el desarrollo de los procesos psíquicos y la consiguiente apropiación de la cultura, por lo que la actividad humana es siempre social e implica por tanto la relación con otras personas, la comunicación entre ellas, siendo en esa interacción con otros que surge el mundo espiritual de cada uno, su personalidad.(4)

Muchos han sido los conceptos formados sobre comunicación. "El proceso de comunicación es una vía esencial del desarrollo de la personalidad, que tiene su especificidad con relación a la actividad objetual concreta, tanto por sus características como por la forma en que el hombre se incluye en calidad de sujeto en uno u otro proceso. La significación de la comunicación depende de los sujetos implicados en ella; a su vez, las características de los sujetos determinan el proceso de comunicación". (5)

El vínculo de la atención en salud con las prácticas comunicativas es tan antigua como el surgimiento de las ciencias médicas en sí mismas.

Hipócrates (460 a.n.e.. aproximadamente) enseñaba a examinar al enfermo, observar síntomas y signos, llevar un minucioso registro sin omitir los fracasos y comunicarse largamente con los pacientes. El juramento hipocrático ha pasado a la posteridad como encarnación del humanismo y del *ethos* médico; su influencia se proyecta en diversas culturas y aparece recogido, explícita o implícitamente, en el contenido de diversos compromisos médicos.

Por el contrario, en el Juramento de Iniciación de Caraka (India, siglo I a.n.e..) se acentúa como primera virtud la obediencia del discípulo y el paciente, y se prohíbe la comunicación del médico con los inculpados o marginados por la sociedad.

En el Juramento de Asaph (siglo VI, literatura médica hebraica) se pone de manifiesto una depurada ética de la relación médico-paciente, donde se conjugan las virtudes del humanismo con la fe y la esperanza religiosas.

La plegaria de Maimónides (médico judío en el año 1135 d.n.e) subraya el *ethos* hipocrático de la filantropía y la necesidad de comunicación interhumana en la práctica médica. Proclama que un paciente es ante todo un ser humano y no un simple caso.(6)

En la modernidad, la necesidad del respeto a la dignidad humana en la práctica médica y, especialmente, en el ejercicio de la comunicación entre el médico-enfermera y el paciente y su familia, se refrenda en todos los juramentos, los cuales continúan exhibiendo de alguna forma la impronta hipocrática en su función de modelo y fuente para la actuación médica.

Medular trascendencia adquiere este asunto cuando se trata de niños enfermos, donde la sensibilidad y el amor deben ser premisas fundamentales en nuestro trabajo por un lado, y por otro lado, el respeto de pacientes y familiares hacia el personal médico y de enfermería. Hay que resaltar el papel primordial que juega la familia para llegar a un diagnóstico y tratamiento adecuado.

Durante la relación médico-paciente-familia y enfermera en pediatría ocurre un hecho excepcional ya que la madre no solo es el acompañante del niño, sino que es de gran importancia lo referido por ella en el interrogatorio así como lo encontrado en el examen físico que se le realiza al paciente.

### **Desarrollo**

Si bien la comunicación médico-paciente es tan antigua como la medicina misma, no fue hasta una época relativamente reciente que se abordó de modo sistemático y formal. Dado su carácter de relación médico-paciente-familia y enfermería, incluye las particularidades del contexto social donde se desarrolle, lo cual no puede soslayarse en modo alguno al emprenderse su estudio.(1)

Es de gran importancia la comunicación entre el médico cirujano y el paciente quirúrgico, sobre todo en la edad pediátrica donde se atienden niños desde horas de nacido hasta los 18 años, por lo que hay que resaltar también el papel primordial que juega la familia para llegar a un diagnóstico y tratamiento adecuado.(7)

La comunicación acerca y une a las personas como un todo en las diferentes formas de enseñanza (conferencias, seminarios, clases prácticas, pases de visitas médicos, discusiones colectivas y entre servicios, piezas en fresco y otras); las lleva a la concreción del actuar y pensar, de lo que se supone se practique; anima a discutir problemas objetivos y subjetivos existentes en el Sistema Nacional de Salud, la docencia y la vida social, económica y política de la nación.(8)

Es así que el médico cirujano pediatra, para su desempeño necesita una mirada más específica en su comunicación asertiva, desde las posibilidades que brindan las ciencias psicológicas y pedagógicas en relación con las ciencias médicas, en aras de la integración de nuevos procedimientos para el tratamiento a esta importante categoría, con vista a la profesionalización más completa.

La asertividad es parte de la comunicación del individuo que le permite garantizar que los mensajes que transmite son lo suficientemente claros y directos, expresando lo que cree, siente y piensa de manera directa en el momento oportuno, para evitar una interpretación inadecuada, verificando, para sí mismo, el contenido de los mensajes que recibe, interpretándolos con la misma objetividad referida.(9)

La "lex artis médica ad hoc" es la aplicación de los principios científicos, éticos y legales de la medicina. El apego a la "lex artis médica ad hoc" (en que se incluye la actualización de conocimientos, habilidades y destrezas), el buen manejo administrativo de las instituciones, el establecimiento de una relación médico-paciente eficiente (donde se incluye la comunicación asertiva y empática), el respeto de los derechos generales de los pacientes y haciendo respetar los derechos del profesional de la medicina, harán que se practique una medicina con más seguridad y confianza, en donde las inconformidades sobre la atención médica se minimizan.(10)

Condiciones que facilitan la efectividad para una correcta comunicación:

1. *Clima psicológico favorable*: de seguridad, confianza, positividad y empatía, entre otros factores.

2. *Capacidad y habilidades de escucha*, adecuadamente desarrolladas, en los participantes del proceso comunicativo.

El *saber escuchar* es una habilidad que reporta sustanciales recompensas: aumento en la producción y la comprensión, renovada capacidad de trabajo e incremento de la eficacia, así como reducción de la pérdida de tiempo y materiales. El individuo se vuelve más confiable y logra entablar buenas relaciones, aprende a reconocer el verdadero propósito que subyace en los mensajes de los demás. (11)

Un aforismo hipocrático ya lo manifestaba hace 2500 años: "Muchos pacientes se curan con la satisfacción que le produce un médico que los escucha".

3. La *asertividad*: significa promover el desarrollo de las habilidades que permitirán ser personas directas, honestas y expresivas en las comunicaciones, seguras, defensoras del autorrespeto y diestras para hacer sentir valiosos a los demás (12). Cuando una persona se dirige a otra a través del lenguaje en busca de un entendimiento mutuo y una comunicación efectiva, se presupone recíprocamente que lo que cada una dice:

1. Responde a la realidad; es verdadera y sincera; no pretenden engañar.
2. Lo que dicen se ajusta a determinadas normas sociales y está justificado.
3. Lo que dicen es comprensible, inteligible para ambos.

En el año 1949, Andrew Salter, en su libro *Terapia sobre Reflejo Condicionado: aproximación directa a la reconstrucción de la personalidad* definió la asertividad, como un rasgo de personalidad y pensó que algunas personas la poseían y otras no. La definió como "la expresión de los derechos y sentimientos personales", y hallaron que casi todo el mundo podía ser asertivo en algunas situaciones y absolutamente ineficaz en otras. También se descubrió que la Asertividad tiene que ver con el grado de madurez de cada individuo; así como de los factores emocionales e intrínsecos de la personalidad, las personas cuya autoestima es elevada tienden a desarrollar un mayor grado de asertividad.

La asertividad es la capacidad de autoafirmar los propios derechos, sin dejarse manipular y sin manipular a los demás. La persona asertiva conoce sus propios derechos y los defiende, respeta a los demás, por lo que no piensa ganar en una disputa o conflicto sino que busca de forma positiva los acuerdos."

Las conductas asertivas no se heredan; sino que se aprenden, un niño se va desarrollando en estrecha interrelación con el ambiente que le rodea. Dependiendo de cómo sea el ambiente (familia, escuela, sociedad) que rodea al niño, éste aprenderá a comportarse de una manera u otra (13).

Las conductas concretas que hacen que podamos hablar de asertividad o no son:

- Decir NO: Contraponerse a algo que otros quieren que hagamos y nosotros no. Expresar una opinión contraria a la de los demás, sin agredir a las otras personas.
  - Realizar peticiones: Expresar la presencia de un problema, cuando se siente que lo hay. Pedir un cambio de conducta a alguien que sentimos que no nos respeta. Pedir una acción concreta que sentimos merecernos, por ejemplo un aumento de sueldo, un reconocimiento....
  - Autoafirmarse: Reaccionar cuando sentimos que no nos están respetando, sin agredir al otro, exigir nuestro derecho a ser escuchado, atendido, respetado.
  - Resolver conflictos de forma que se respeten ambas partes: reaccionar satisfactoriamente ante críticas, emitir críticas de forma respetuosa, negociar acuerdos.
  - Expresar correctamente los sentimientos: tanto los negativos como los positivos, sin que ninguna de las dos partes se sienta agredida.
- Se trata de respetar nuestros derechos en todo momento, pero sin faltarle el respeto a los demás. Para ello sólo podemos guiarnos por criterios internos nuestros y no estar siempre pendientes de la reacción de los demás., la opinión de los demás... a la vez no podemos imponer nuestros criterios a la fuerza (14).

### **Barreras comunicativas**

Algunos investigadores las dividen en: materiales, cognoscitivas y sociopsicológicas.

Las materiales se dan cuando la comunicación es global, masiva o va dirigida al menos a un número considerable de personas; ocurren ante la carencia objetiva de recursos o bienes de comunicación (medios masivos de comunicación: televisión, radio, prensa; micrófonos, altoparlantes); pero estas barreras son fácilmente detectables.

Las cognoscitivas son más complejas y se refieren al nivel de conocimientos que tiene el que escucha sobre lo que se pretende comunicar.

Finalmente, las sociopsicológicas son las más difíciles de vencer y están determinadas por el esquema referencial del sujeto; algunas ideas no resultan válidas o se oponen directa o indirectamente a lo que tiene aceptado el que recibe la información, por lo que bloquean cualquier nivel comunicativo.

Rogers plantea que la mayor barrera que se opone a la intercomunicación es la tendencia natural a juzgar, evaluar, aprobar (o desaprobar) los juicios de otras personas. La clasificación más ampliamente difundida es la que establece:

A: Barreras físicas: Inferencias de la comunicación que se presentan en el ambiente donde dicha comunicación tiene lugar. Una típica barrera física es la distracción por un tipo de ruido

que obstruye significativamente la voz del mensaje; otros (distancias, paredes, objetos que dificulten el contacto visual).

B. Barreras semánticas: Surgen de las limitaciones en los símbolos con los que se establece la comunicación. Dichos símbolos tienen como variedad escoger entre muchos, pero en ocasiones se elige el significado equivocado y se produce la mala comunicación.

C. Barreras personales: Son inferencias de la comunicación que surgen de las emociones humanas y los malos hábitos de escucha. Se presentan comúnmente en las situaciones de trabajo. (15)

Entre los elementos que más afectan la comunicación entre pacientes, familiares y trabajadores de la salud se encuentran:

1. No dedicar el tiempo necesario a la comunicación con el paciente.
2. No fomentar el respeto y la confianza mutuos. No escuchar.
3. No reconocer al paciente y sus familiares como la fuente más importante de información.
4. No diseñar adecuadamente el mensaje y propiciar su mala transmisión.
5. No utilizar términos comprensibles.
6. No identificar las necesidades de pacientes – familiares ni proporcionarles vías para resolver sus problemas; deficiencias lingüísticas y culturales que llevan al paciente a no exponer sus dudas.
7. No comprensión y respeto de pacientes – familiares por los trabajadores de salud y viceversa. Falta de empatía, olvido y temor.
8. No humanidad. Burocratización en el ejercicio profesional.
9. Iatrogenia. No informar adecuadamente. No contemplar el momento psicológico.
10. No emitir mensajes asequibles y ajustados a la personalidad del destinatario.
11. No soporte técnico y de aseguramiento logístico integral multilateral, que satisfaga las necesidades de pacientes y familiares.
12. No cumplir reglamentos y normas internas hospitalarias.

Principales cualidades que los pacientes esperan encontrar en sus médicos

- Que los escuchen y los comprendan.
- Que se interesen por ellos como personas y seres humanos.
- Que tengan habilidades y conocimientos en la profesión.
- Que se mantengan razonablemente actualizados.
- Que los atiendan siempre y nunca los abandonen.

#### **¿Cuál debe ser la clave para una buena relación médico-paciente-familia?**

Lo fundamental es llegar al paciente, esto quiere decir ser amable, muy sincero, hablar con lenguaje claro, explícito, no utilizar palabras o preguntas técnicas y difíciles, no ser violento en el trato, ofrecer tranquilidad y confianza. A continuación se señalan algunas sugerencias simples y efectivas que en la experiencia de la práctica clínica diaria, permiten elevar el impacto de una buena relación médico-paciente-familia.

1. Esté disponible para el paciente en todo lo que sea posible.
2. Brinde a su paciente toda su atención cuando lo saluda.
3. Trate de minimizar las interrupciones, especialmente cuando el paciente comienza a hablar en forma abierta. Si tiene que interrumpirlo, hágalo con tacto, tal vez se refiere a un dicho puntual del paciente.
4. Demuestre atención y respeto en forma gestual, mire al paciente a los ojos periódicamente, intente escucharlo, inclínese hacia adelante, utilice adecuado tono de voz, etc.
5. Haga preguntas de respuesta abierta. Esto demuestra respeto por la capacidad del paciente y aumenta la posibilidad de descubrir algo que de otra forma puede pasar inadvertido.
6. Comparta información con el paciente a lo largo de la consulta sin esperar hasta el final para hacerlo. Esto reduce la ansiedad del paciente y aumenta su confianza.
7. Utilice un lenguaje simple y repita todo lo que sea necesario para asegurarse que el paciente comprende. Realice preguntas de chequeo, como: "¿Le quedó claro?" o "¿Se siente cómodo con lo que usted necesita hacer?".
8. Sea auténtico con su paciente. No fuerce una conversación intimista o familiar si no se siente cómodo haciéndolo. Sin embargo, asegúrese de comunicar interés y preocupación por el paciente.
9. Reconozca que el paciente, él o ella ha hecho un esfuerzo especial para verlo.
10. Reconozca que los desacuerdos o la falta de cumplimiento del paciente con usted pueden deberse a razones que ellos sienten legítimas. Pregunte al paciente acerca de estas razones y discútanlas juntos.

11. No piense que el paciente que no formula preguntas, no desea estar totalmente informado. El paciente generalmente lo desea y necesita información.

12. Aliente a los pacientes a aprender más acerca de su salud y de los problemas vinculados a la misma, a realizar preguntas, y a compartir la responsabilidad acerca del tratamiento y de las prácticas saludables.

13. Examine al paciente siguiendo el método clínico, tan mencionado en estos tiempos y tan poco utilizado por algunos médicos.(6)

Así, por ejemplo, para lograr una transmisión adecuada de la información a pacientes y familiares, utilizando métodos expositivos, el cirujano debe haber "interiorizado" su rol de expositor y asumirlo sin interrupciones necesarias, evitando los ruidos físicos que impiden escuchar su exposición y los psicológicos.

Su exposición debe ser precisa, clara, brillante, para garantizar la comprensión del mensaje, requiere utilizar correctamente diferentes medios de comunicación que garanticen el tránsito de la información por varios canales. Todo esto (y otros elementos "objetivos" que podrían agregarse) resultarían insuficientes si no se tiene en cuenta cómo la información está siendo recibida por el paciente y familiares; cómo comprende y vivencia cada sujeto esa exposición oral.(11)

Como elemento objetivo, el paciente pudo no escuchar con claridad todas las partes del mensaje; Esto le resta calidad a la comunicación. A nivel de subjetividad hay muchos aspectos a atender que también pueden constituir ruidos: algunos pacientes les molesta el tono de voz del médico y cambian la atención involuntariamente; no resisten escuchar durante un tiempo prolongado y cambian voluntariamente de actividad; etc.), otros no comparten las opiniones expresadas por el médico (parten de otros códigos de interpretación de los hechos) o tienen prejuicios acerca del tema; uno no confía en la capacidad del médico para abordar ese contenido y su exposición le parece carente de credibilidad; a otros por el contrario, le resulta fascinante lo explicado...¡las situaciones de cada paciente como interlocutor son diferentes!.(16)

Ante tantas posibilidades variadas, las capacidades perceptivas del médico resultan imprescindibles para "captar" estas diferencias y cambiar el lenguaje, ritmo y tono de su exposición, asegurar la credibilidad de sus ideas apoyándose en fuentes de prestigio social, buscar formas complementarias de abordar el asunto y otras medidas que pueden ser instrumentadas si la retroalimentación fue correcta o el médico encontró las vías y formas adecuadas de compensar las percepciones negativas del paciente y familiares.

Si recordamos de nuevo las funciones de la comunicación, la conjunción adecuada de todos estos elementos permitirá que se cumpla la transmisión precisa de la información, que esta se reciba de igual forma por el receptor, con un nivel de satisfacción y compromiso con el mensaje recibido que lo lleve a modificar (o incorporar) valores, normas, conocimientos, etc.; a su personalidad.(17)

No resulta fácil para el médico, como dirigente fundamental del proceso, obtener resultados óptimos en todas las actividades realizadas. El éxito depende en gran medida del desarrollo de sus habilidades comunicativas y de su autenticidad como profesional al enfrentar la relación médico-paciente-familia.

Dentro de las habilidades profesionales necesarias, una poco estudiada es la relativa a la modelación diferenciada de la comunicación en los diferentes momentos de la actividad comunicativa, de forma tal que el paciente esté satisfecho por la atención prestada y adquiera la mayor cantidad de conocimientos de su enfermedad.(18)

Valorando al médico como emisor, este debe lograr en la orientación de la actividad, a través de lo verbal y lo no verbal, la expresión clara y precisa de los objetivos o metas y de las acciones a ejecutar. Para que el mensaje resulte efectivo se debe garantizar, además, la motivación ante la misma.

Tener en cuenta la importancia de la novedad y el uso de modelos a través de diferentes medios o canales ayuda al médico a lograr ese fin. En la ejecución de la tarea, el contenido y las vías de comunicación utilizadas deben asegurar el apoyo, la ayuda al paciente y la familia a través de una retroalimentación valorativa del trabajo que desarrolla, satisfacción hacia lo realizado correctamente, reflexión autocrítica hacia la propia ejecución y fuerzas movilizadoras para enmendar los errores. (19)

Las acciones de control, y fundamentalmente de autocontrol, deben llevar a una autovaloración adecuada del trabajo realizado y a la aceptación vivencial de los resultados, que debe estimular, alentar el trabajo futuro y fomentar la seguridad en las fuerzas individuales de cada paciente.

Debemos reflexionar en el daño irreversible que puede hacer el cirujano al desatender las opiniones de un paciente o valorarla inadecuadamente, por exceso o por defecto. Lo importante es que no solo se perjudica al paciente, lo cual ya tiene un valor fundamental, sino que el propio médico y sus relaciones con el paciente afectado y con los demás que lo perciben, se afectan de forma inevitable cuando las prácticas comunicativas del médico adoptan características indeseables.

Las características que adopta la comunicación interpersonal la complejizan extraordinariamente y limitan o inhiben el deseo de hacer recomendaciones en sentido, si no se quiere pecar de superficiales; no hay una comunicación interpersonal similar a otra aunque esta involucre a sus mismos sujetos; la comunicación es dinámica e irreplicable.

Con estos elementos como punto de partida hemos seleccionado algunos problemas poco abordados hasta aquí y que centran su atención en el mensaje. El médico constantemente los emite y los recibe en un plano muy diferente al de los medios masivos, para los cuales hay grandes tratados de estructuración de mensajes, no siempre de valor para la comunicación interpersonal.

En primer término, debemos analizar el "carácter" del mensaje. En unos predominan el nivel racional de la información, la descripción de hechos y fenómenos, la refracción del emisor; en otros, el nivel emocional, o sea, se transmiten sentimientos, valoraciones, criterios.

En la mayoría de los mensajes educativos se pueden manifestar ambos niveles, sin embargo, generalmente prima una de las intenciones en el mensaje, o momentos bien diferenciados de uno u otro tipo. Las "reglas" para seleccionar el tipo de mensaje o el peso relativo de lo racional y lo afectivo en cada uno, no existen como universales; dependen de la situación de comunicación y de los objetivos que se proponga el proceso.

Las investigaciones precisan algunos elementos a considerar para hacerlos más activos. Para mejorar los mensajes racionales (o la parte racional de los mismos) lo más importante es su estructura y el uso de formas apropiadas de apoyo. Es imprescindible garantizar la exposición de las ideas con un orden lógico correcto que permita la comprensión paulatina y total del mensaje.

Lo primero que hay que considerar al estructurarlo es el receptor que va a recibirlo, el objetivo que se persigue y el contenido del mensaje. Con estos elementos pensamos por dónde empezar, qué aspectos abordar y cómo relacionarlos, cómo terminar, etc. La estructuración del mensaje puede ser más o menos flexible en dependencia de los sujetos implicados y de las situaciones comunicativas, pero debe preverse siempre en el caso de los mensajes racionales, para garantizar una secuencia lógica de las ideas expresadas.

Algo útil es concebir, con anterioridad, posibles alternativas en función del paciente y las características de la familia, momentos, etc., pero la retroalimentación eficaz debe garantizar, en cada caso, la flexibilidad necesaria en la estructuración del mensaje. Cada médico posee múltiples experiencias en este sentido.

En cada caso, para cada paciente puede o debe existir una estrategia diferente en cada mensaje, pues serán distintos los interlocutores y la situación comunicativa. En la comunicación interpersonal existe "ley" que pretende ayudar a la estructuración de los mensajes: "primero, dígame al oyente lo que va a decirle, luego dígame y, seguidamente, dígame lo que le ha dicho."

(4)

La estructura por sí misma, es, sin embargo, insuficiente; se requiere de la exposición se valga de medios de sostén, de apoyo, que enfatizen, destaquen, fundamenten, etc., las ideas esenciales, centrales, facilitando la comprensión y receptividad del oyente. Una de las formas de apoyo más importantes y más utilizadas es el ejemplo.

Este puede ser extraído de la experiencia personal, lo que permite aumentar la empatía de los receptores en dependencia del prestigio y credibilidad del emisor. El ejemplo puede ser tomado de la experiencia de los demás, en cuyo caso resulta importante conocer la fuente, o ser hipotéticos, creados por el comunicador con propósitos específicos.

La habilidad para construir este último tipo de ejemplos dependerá mucho de la cultura general y del dominio de la materia que posee el profesor. Pero su uso debe ser precedida del conocimiento de su carácter hipotético, no es correcto éticamente ni útil en los fines de la comunicación, adjudicar a sí mismo o a otros, ejemplos creados artificialmente.

Otra forma de apoyo muy utilizada en la comunicación interpersonal son los hechos, verdades existentes que permiten su verificación posterior. Se pueden utilizar como hechos, ejemplos personales o relatados por otros, pero tienen mayor valor para aumentar el sentido del mensaje y la credibilidad del emisor, los datos obtenidos por la investigación científica.

Si se utilizan datos estadísticos es más fácil recordar cifras redondas que datos precisos de tipo fraccionario. Así en vez de mencionar que el 23,76% de la población posee equis características, se podría afirmar que "casi la cuarta parte" ... o "un 24% ..."; esto facilita la función de apoyo sin restar fidelidad al dato, siempre y cuando ese dato exacto no sea el contenido fundamental del mensaje.

Las formas de apoyo se deben combinar en el mensaje para lograr su función fundamental: mantener el interés necesario del oyente a la par que se fundamentan los criterios individuales del comunicador. No se debe, sin embargo, saturar la información de ejemplos, hechos e ilustraciones que impidan seguir el "hilo conductor" y la lógica de la exposición.

Cuando el mensaje es emocional, adoptar reglas es muy difícil, sobre todo cuando como interlocutor figura pacientes adolescentes. Cada paciente tendrá su propio "mundo vivencial" las líneas maestras más importantes para desarrollar mejor la habilidad para enviar mensajes en situaciones emocionales: concentrarse en la otra persona, demostrarle simpatía, expresar empatía y mantener la autenticidad en nuestro trato con los demás. (5).

Para cumplir estas exigencias se requiere, en primer lugar, conocimiento y confianza en sí mismo como comunicador, pero resulta fundamental saber escuchar al otro, ponerse en su lugar, para lograr éxito con su mensaje emocional. Es difícil, "manejar" este tipo de mensajes a nivel verbal y no verbal en una relación interpersonal, cara a cara, y lograr mantener abierto el canal de comunicación.

A ello pueden contribuir dos técnicas: la exploración previa de concepciones, sentimientos, valoraciones del interlocutor y el juicio suspendido por el cual el orador se inhibe, durante determinado tiempo, de emitir juicios valorativos que se oponen a los puntos de vista o sentimientos del interlocutor, con el fin de evitar barreras iniciales en la comunicación generadas por hostilidad del interlocutor.

El tono del mensaje reviste una importancia especial en los contenidos emocionales, aunque influye en todo tipo de mensaje, en estos determinan las discrepancias entre lo dicho y el tono de lo dicho por los interlocutores: si el mensaje es serio, el tono utilizado en la relación comunicativa no puede ser humorístico; si el tema es poco serio o profundo, no puede ir acompañado de un tono de gravedad o severidad digno de mejores causas, si se quiere lograr una comunicación inter personal efectiva.

Debe valorar, como ya se ha abordado en otras partes del artículo, múltiples elementos para garantizar una comunicación eficaz con sus pacientes. El punto de partida es un adecuado auto análisis de sus capacidades comunicativas y el sano deseo de convertirse en un buen comunicador; el estudio del tema y la reflexión crítica de la práctica profesional, permitirán el desarrollo ilimitado de sus potencialidades.

Como premisa, en las relaciones con sus pacientes, ello requiere madurez profesional que elimine posiciones de superioridad ante el mismo, actitudes de censor del trabajo ajeno, poses de omnisapiente y sermones que profetizan el triunfo del bien (yo) sobre el mal (ustedes, los pacientes).

Para lograr la aceptación recíproca, la sencillez, el humanismo y la autenticidad constituyen características primordiales que debe poseer el médico.

Cuando se trata de niños de muy corta edad, la relación que se establece con el niño es del tipo activo-pasiva; mientras que con la madre puede establecerse una relación de cooperación guiada, o incluso de participación mutua según sea el caso.

En estos últimos estadios es cuando se hace más evidente que estamos sosteniendo una relación médico-paciente-enfermera doble, aunque la madre continúa siendo decisiva en si se realizan los exámenes complementarios indicados, si se realiza el tratamiento; Nuestro paciente adolescente y preadolescente tiene el derecho a recibir toda la información de lo que se planea hacer con él y por qué, de que sean aclaradas sus dudas y escuchadas sus preocupaciones.

El examen físico debe ser realizado ante la presencia de la madre y en compañía de la enfermera; mientras que en el interrogatorio es frecuente que sea útil, además de la entrevista a los dos juntos, sostener una entrevista con cada uno por separado.

En estas edades finales de la pediatría en ocasiones nos enfrentamos a dilemas éticos. Desde el punto de vista legal, la madre es poseedora de la patria potestad y tiene derecho a toda la información relacionada con su hijo. Pero este sujeto adolescente tiene derecho a que se respete su intimidad y puede estar dando información al médico sobre aspectos no relacionados directamente con la enfermedad, pidiendo de este el secreto profesional, y planteando su derecho a escoger cuál es el momento más apropiado para hablar con sus padres de estos temas.

El deber del médico y la enfermera sin lugar a dudas, en estos casos, es convencer a los dos, motivar a los dos y respetar las opiniones de los dos. Preocuparse por resolver estos aspectos con uno solo de ellos, es poco ético.

A medida que la edad del niño es menor, la balanza se va inclinando cada vez más a favor de la importancia de la relación con la madre, pero el niño debe ser escuchado, la relación afectiva con el médico y la enfermera debe ser lograda y debe explicársele de acuerdo con su edad para obtener su cooperación. Es necesario conocer sus temores ante la enfermedad, los exámenes complementarios y el tratamiento indicado, y así tratar de aliviar y disminuir esos temores.

El médico y la enfermera, deben prever lo que va a suceder en casa, sobre todo la observación de las características particulares del niño y la madre y en el caso privilegiado del especialista en Medicina General Integral, ver esa familia como un todo. Ellos mantienen la relación médico-paciente-enfermera con todos los miembros de la familia y deben saber cuándo y con qué fuerza van a intervenir en la enfermedad del niño, la abuela, el padre u otros familiares que viven en la casa.

### **Conclusiones**

La comunicación asertiva constituye un proceso fundamental para el desarrollo de una relación médico-paciente-familia y enfermera eficaz. El médico y la enfermera deben perfeccionar constantemente sus habilidades comunicativas y actuar siempre de acuerdo a los principios de la ética. Los aspectos comunicativos en la relación médico-paciente-familia y enfermera son esenciales para la educación del paciente con respecto a sus problemas de salud. Este modelo de relación debe ser contextualizado y enseñado a nuestros estudiantes con un enfoque integral e histórico-cultural.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Fernández Collado, C. G., L. Dahnke: La comunicación humana. Ed. C. Sociales, C. de La Habana, 1989.
2. Torres Acosta R. Glosario de bioética. Disponible en: <http://www.bibliociencias.cu/gsd/collect/libros/index/assoc/HASH017f.dir/doc.pdf>
3. Lomov, B.F.: El problema de la comunicación en la psicología. Ed. C. Sociales, C. de La Habana, 1989.
- 4- Vigotsky L.S. *Obras Escogidas*, tomo 3. Madrid: Editorial Visor, 1993.
- 5- Colectivo de autores: Psicología para educadores, Editorial Pueblo y Educación, La Habana, 1995.
- 6- Dios Lorente JA de, Jiménez Arias ME. La comunicación en salud desde las perspectivas ética, asistencial, docente y gerencial [artículo en línea] MEDISAN 2009;13(1). <[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_1\\_09/san10109.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san10109.htm)>[consulta: fecha de acceso].
- 7- Núñez de Villavicencio: Psicología y Salud. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 2001).
- 8- Gilbert TT, Taylor JS. How to Evaluate and Implement Clinical Policies Here are step-by-step methodologies to help you select the right clinical policies and actually change practice with them. [en línea] [20/06/2000] Disponible en: <http://www.aafp.org/fpm/990300fm/28.html>
- 9- Castenyer, Olga : «La Asertividad. Expresión de una Sana Autoestima», Editorial Desclee de Brower, 1996.
- 10- Velasco Romero RM, Molina Caparrós LM. **3er Congreso Internacional de Comunicación en Salud. Madrid, Spain, 19-20 October, 2017**
- 11- Núñez Jiménez C, Vázquez Fernández ME. Habilidades de comunicación con las familias. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2018. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018. p. 283-292.
- 12- Corrales, A.; Quijano, N. K. y Góngora, E. A. (2017). Empatía, comunicación asertiva y seguimiento de normas. Un programa para desarrollar habilidades para la vida. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(1), 58-65.
- 13- Cañón-Montañés W, Rodríguez-Acelas AL. Asertividad: una habilidad social necesaria en los profesionales de enfermería y fisioterapia. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011; 20 (Esp): 81-7.
- 14- García Pérez RP. El desarrollo de la asertividad en niños y adolescentes. Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. 2013
- 15- Águila Ribalta Y. Comunicación en la vida cotidiana. <<http://www.psicologia-online.com/articulos/2005/comunicacion.shtml>>[consulta: 13 septiembre 2008].
- 16- Rodríguez Arce MA. Relación médico-paciente. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2008.

- 17- Borrone R. Relación médico-paciente, en crisis [Internet]. Buenos Aires: Intranet; 2012 [citado 14 Abr 2012] [aprox. 6 pantallas].
- 18- Maglio F. El "escuchatorio" en la relación médico-paciente. [Internet]. Argentina: Intranet; 2012 [citado 27 May 2012] [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=74516>
- 19- Noble S.A. Manteniendo una buena relación médico-paciente [Internet]. Buenos Aires: Intranet; 2007 [citado 27 May 2012] [aprox. 12 pantallas]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=43197&pagina=1>
- 20- Roa Polo M. Cómo fomentar en nuestros hijos e hijas habilidades sociales, de comunicación, asertividad y autoestima. Manual para alumno y alumna. Escuela de Formación. Curso nº 61. Madrid: Ediciones Ceapa.

### **Síntesis curricular**

1. Litzán Fidel Escalona Velázquez. Doctor en Medicina. Especialista en Cirugía Pediátrica y Medicina General Integral. Profesor de Cirugía Pediátrica del Hospital Pediátrico Provincial "Mártires de Las Tunas". Investiga asociado al proyecto institucional "Cirugía de mínimo acceso en pediatría".
2. Yunixi Virgen Sánchez Cruz. Licenciada en Enfermería. Especialista en Cuidados Intensivos en el Hospital Pediátrico Provincial "Mártires de Las Tunas".