

Capítulo 1 :Fundamentos de la Comunicación Humana

Agustín Moreno (Clínica Tambre, Madrid)

Introducción

La relación que se establece entre el personal sanitario y el paciente va a tener una enorme influencia sobre la salud, la adhesión al tratamiento y la satisfacción con el mismo. Los procesos de comunicación, tanto verbal como no verbal, van a condicionar la calidad de esa relación. Ya en la Grecia clásica y hablando de las cualidades que debería poseer todo buen médico, el gramático griego Aulus Gellius hacía hincapié en las siguientes: *pideia* (educación), *philantropia* (empatía) y *techné* (competencia técnica). Hoy en día estamos probablemente asistiendo a una verdadera transformación cultural en las relaciones personal sanitario-pacientes, desde una relación clínica que se basaba en la “beneficencia” del médico, a una autonomía cada vez mayor del paciente, que se convierte cada vez más en un agente activo en el mantenimiento y preservación de su salud. En este contexto se acentúa la necesidad del sanitario de poseer unas adecuadas habilidades de comunicación en su relación cotidiana con un paciente cada vez más informado y exigente.

No hay más que repasar las publicaciones especializadas para darse cuenta que es cada vez mayor la demanda por parte del personal sanitario de formación específica en habilidades relacionales y de comunicación.

Las habilidades de comunicación no son innatas y requieren, como cualquier otro tipo de habilidad, de un proceso de aprendizaje. Modestamente, este libro pretende ayudar en la profundización de tal aprendizaje, solo el lector podrá juzgar si finalmente lo hemos conseguido.

Características de la comunicación

La acción comunicativa es en sí misma un proceso complejo en el que dos o más personas se relacionan y, a través de un intercambio de mensajes con código similar, tratan de comprenderse e influirse de forma que sus objetivos sean aceptados en la forma prevista, utilizando para ello un canal que actúa como soporte en la transmisión de la información.

Elementos que intervienen en la comunicación

Aunque la comunicación sea en sí misma un proceso complejo, podemos descomponer éste, a efectos didácticos, en los diferentes elementos que lo integran:

- *El emisor y el receptor.* Emisor es la persona que inicia la comunicación, mientras que receptor es quien recibe el mensaje.
- *El mensaje.* Está formado por las diferentes ideas o informaciones que se quieren comunicar utilizando para ello códigos, claves, imágenes, gestos, etc. cuyo significado será interpretado por el receptor.
- *El código.* Es el conjunto de palabras, expresiones, imágenes, claves, etc. que sirven para transmitir el mensaje. El código debe de ser compartido por emisor y receptor.
- *El canal.* Es el medio a través del cual se transmite el mensaje.
- *La retroalimentación (feedback).* Es la información que es devuelta por el receptor al emisor tanto sobre su propia comunicación, como la interpretación que de esta comunicación hace el receptor.
- Todo este proceso comunicativo, tiene siempre lugar dentro de un *contexto* del que van a depender los roles que asumen tanto el emisor como el receptor, en

función del tipo de comunicación que se establece entre ellos: íntima, de trabajo, pública, etc. o, como la que nos ocupa: personal sanitario–paciente.

El proceso comunicativo y sus dificultades

La comunicación es siempre un proceso dinámico en el que intervienen todos los elementos que hemos descrito en el apartado anterior. Este proceso se desarrolla siempre en un contexto concreto y mediante un código específico, utilizando un canal determinado y con la intervención de un emisor, de tal forma que el primero transmite un mensaje al segundo. Sin embargo, pese a su aparente sencillez, está lleno de dificultades:

- Dificultades propias del *emisor*. La codificación en el código elegido, habitualmente el lenguaje, de los sentimientos, ideas o pensamientos que se quieren transmitir no siempre es fácil, aunque se tengan claros los objetivos de lo que se quiere expresar. Muchas veces esta codificación se ve dificultada por la conveniencia o inconveniencia social de lo que se quiere decir, por las expectativas sobre la reacción del otro, por la mayor o menor dificultad del contenido de lo que se quiere comunicar, etc. Piense, por ejemplo, en la necesidad a la que nos vemos abocados habitualmente de transmitir en un lenguaje comprensible para nuestros pacientes conceptos técnicos de nuestra profesión,
- Dificultades propias del *canal* de transmisión. Entre ellas, por ejemplo, las diferencias entre una comunicación cara a cara, donde aproximadamente el 70 % del mensaje es transmitido mediante la expresión, la postura corporal, etc., es decir, en “lenguaje no verbal” y el otro 30 % restante mediante contenido puramente verbal, y

la comunicación telefónica, donde casi toda la comunicación depende únicamente de la expresión verbal.

- Dificultades propias del *receptor*. Tras recibir el mensaje puesto por emisor en el canal, el receptor debe ser capaz de descodificarlo e interpretarlo adecuadamente. Esta descodificación va a estar siempre mediada por el conjunto de experiencias y conocimientos previos de quien recibe el mensaje, por las preguntas que el receptor se hace sobre la “intención” del emisor en la comunicación, por los sesgos atencionales introducidos por las expectativas del contexto, los prejuicios, etc. ¿Cuántas veces, si no somos cuidadosos, nuestras palabras son mal interpretadas por un paciente nervioso o “sobreinformado”?

La comunicación como conducta. Comunicación verbal y no verbal.

Los componentes conductuales de la comunicación son aquellos que pueden ser observados por cualquier persona, esté implicada o no en el proceso de comunicación que se está llevando a cabo. Habitualmente, desde el punto de vista de la comunicación como conducta, se suelen identificar tres componentes: los no verbales, los paraverbales y los verbales.

- Los principales componentes *no verbales* del proceso comunicativo (*comunicación no verbal*) son: la mirada, la sonrisa, la expresión de la cara, la orientación corporal, la postura, la distancia frente al interlocutor, los gestos, etc. Su función es tan importante que, como decíamos en el párrafo anterior, se conocen que entre personas aproximadamente el 70% de la comunicación se hace mediante procedimientos no verbales. Muchas veces el lenguaje no verbal contradice abiertamente lo que se está diciendo verbalmente mientras que en otras ocasiones enfatiza éste. La falta de

coherencia entre lo que se expresa con palabras y lo que se dice con el resto del cuerpo es fácilmente apreciable por un interlocutor que maneje nuestros mismos parámetros culturales, como todos sabemos por propia experiencia.

- Son componentes *paraverbales* en la conducta comunicativa aquellos que se refieren más a la forma de decir las cosas que a su contenido: el volumen, el tono, la velocidad del discurso, el timbre de voz, las pausas y los silencios etc. Su utilización no altera lo que se dice pero sí puede variar su significado. Piense, por ejemplo, cómo una variación en el volumen o el tono de la voz o un silencio más o menos prolongado pueden alterar el significado de lo que estamos diciendo.
- Entre los componentes *verbales*, la palabra es el más estudiado y conocido de la comunicación y quizá el componente más cognitivo de todos. Se emplea tanto en la transmisión de información como en la argumentación, en el razonamiento o en el debate. Entre otros, los elementos más importantes en la *comunicación verbal* son: el contenido, la intención, la atención, las preguntas y las respuestas.

La comunicación en el contexto clínico

Si ya los procesos comunicativos en cualquier contexto son complejos, en el caso de la relación personal sanitario-paciente esta complejidad se ve aumentada al estar en juego un elemento fundamental del bienestar personal como es el mantenimiento o la recuperación de la salud.

Como decíamos en la introducción de este capítulo, la relación entre el paciente y el médico tiene una enorme influencia sobre la salud, el funcionamiento y la

satisfacción. Por otro lado y como hemos visto, los procesos de comunicación, tanto verbales como no verbales, van a condicionar la calidad de esas relaciones.

Hay consenso en la literatura acerca de una serie de habilidades de comunicación que se correlacionan positivamente con una mejora en los resultados de salud y de satisfacción percibida por el paciente:

- Las habilidades no verbales para reconocer y expresar emociones.
- Habilidades verbales para ser capaces de expresar sensibilidad a los sentimientos del paciente.
- La bidireccionalidad en la comunicación.
- La escucha activa.

Igualmente existe cierto consenso en una serie de factores que dificultan la comunicación fluida entre el personal sanitario y los pacientes:

- Tiempo: “Uno quisiera un mayor acercamiento con el paciente, pero tengo tan poco tiempo...”
- Lenguaje: “Muchas veces no les explicamos bien las cosas y está el sesgo de que entiendan cosas diferentes porque les conviene”.
- Nivel cultural: “A las personas que tienen un nivel sociocultural muy bajo es más difícil hacerles entender”.
- Expectativas de los pacientes: “Las expectativas que tiene el paciente por lo que dicen los medios de comunicación son muy distintas a las expectativas que uno tiene como médico”.

Ya en el año 2001, en el denominado consenso de Kalamazoo, ciudad del estado norteamericano de Michigan, se llevó cabo un acuerdo entre expertos en

comunicación médico–paciente en el que se establecieron una serie de objetivos a la hora de conseguir una mejor relación entre el personal clínico y los pacientes:

1. Construir una relación.
2. Abrir una discusión o dialogo.
3. Obtener información.
4. Entender la perspectiva del paciente.
5. Compartir información.
6. Llegar a acuerdos en los problemas y los planes.

De este consenso quizá y desde nuestro punto de vista, las habilidades fundamentales serían: la capacidad de establecer una relación efectiva, comprendiendo para ello la perspectiva del paciente (empatía), y la capacidad de obtener información clínica relevante (escucha activa) y de compartir información con el paciente, de tal forma que ésta persona doliente pueda en lo posible convertirse en un miembro activo de la recuperación de su dolencia.

Una habilidad esencial: “la capacidad de escuchar activamente”

Escuchar de una manera activa supone poner todos los medios a nuestro alcance para tratar de entender lo que nuestro interlocutor nos quiere decir, demostrado interés por el mensaje y colaborando con el emisor en su tarea de comunicar.

Escuchamos activamente cuando:

- Atendemos realmente al otro, concentrándonos en lo que nos dice y tratando de no distraernos con ninguna otra actividad.

- Damos muestras al otro de que le estamos atendiendo utilizando para ello nuestro lenguaje no verbal o paraverbal: miramos, asentimos con la cabeza, nos inclinamos o acercamos, etc.
- Comprendemos el mensaje, preguntándonos por las intenciones del interlocutor, observando atentamente sus mensajes no verbales e integrándolos con los verbales.
- Resumimos lo que nos dicen, primero interiormente para posteriormente verbalizar ese resumen de tal manera que el emisor nos confirme si le estamos entendiendo.
- Preguntamos abiertamente lo que no entendemos.
- No tenemos prisa, damos tiempo al otro para expresarse.
- No adivinamos, ni sacamos conclusiones anticipadas.
- Resumimos con frecuencia.

Bibliografía

Caballo V.E. Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid Siglo XXI. Ediciones. 1993.

Davis F. La Comunicación no Verbal. Madrid, Alianza Editorial. 1998.

Gallar M. Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico al Paciente. Madrid. Paraninfo. 2006.

Guerra Tapia A., Aizpún Ponzán M. Comunicación en Dermatología: Cómo Comunicarse con adolescentes. Abaco Soluciones Editoriales, S.L. 2006.

Mucchielli A. Psicología de la Comunicación. Méjico. Paidós. 1998.

Participants in the Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. Acad Med 2001;76:390-393.

Sterwart M., Roter D. Communicating with medical patients. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1989.

Zoppi K., Epstein R.M. ¿Es la comunicación una habilidad? Las habilidades comunicativas para mantener una buena relación. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Volumen 24. Suplemento 2. Departamento de Salud del Gobierno de Navarra; 23-31.

Capítulo 2: Comunicación y Tipos de Personalidad

Vicenta Giménez . G.H. Quirón – San Sebastián

Introducción

“Quien no comprende una mirada tampoco comprenderá una larga explicación”

(Proverbio árabe).

Los motivos que llevan a una pareja (o una mujer) a acudir a una Unidad de Reproducción Asistida pueden ser variados, pero llegado este momento todos ellos han llegado a la conclusión que *“necesitan ayuda”*. Para todos ellos, esta experiencia resulta un proceso doloroso a nivel psicológico en mayor o menor medida. Las diferentes pruebas diagnósticas y el cumplimiento de la terapia reproductiva provocan malestar físico variable en cada persona según su grado de tolerancia y sobre todo para las mujeres, que son quienes llevan a cabo el tratamiento (1,2)

La Terapia Reproductiva puede conducir a la pareja a la desesperanza y la depresión si se ven sometidos a diferentes ciclos reproductivos que fracasan reiteradamente. Cada nuevo ciclo implica una carga emocional de esperanza, ilusión y alegría, pero cada fracaso conlleva duelo por la pérdida del hijo deseado, sentimientos de pérdida de control, sentimientos de sentirse un fracaso y desesperanza. La presencia de estas reacciones emocionales, su frecuencia e intensidad, están relacionadas con el grado de tolerancia personal a la frustración y al estrés crónico así como otros factores derivados de la propia personalidad, historia personal y familiar (1,2)

Comunicación y Relación de Ayuda

La Comunicación

El primer axioma de la teoría de la comunicación humana es “*la imposibilidad de no comunicar*” (3). Una propiedad de la conducta que no podría ser más básica, por lo que suele pasarse por alto, es que no hay nada que sea lo contrario de conducta, no hay “*no conducta*”, es imposible no comportarse. De aquí se deduce que siempre nos estamos comunicando, de un modo u otro, de forma activa o pasiva, con palabras o en silencio, pero nuestros actos tienen valor de mensaje sobre los otros, les comunican “*información*” y les influyen y a la inversa, sus actos nos influyen a nosotros (4).

Tipos de comunicación

La comunicación es para los profesionales sanitarios (y resto del equipo), una herramienta fundamental de trabajo. Les ayuda a abrir “*puertas*” en el paciente con el fin de ofrecerle un acompañamiento eficaz desde una visión global de sus necesidades, y sobre todo, desde una intervención humanizadora. El objetivo de cualquier tipo de comunicación es provocar una respuesta. Por ello es un proceso. Abarca todos los mecanismos por los que un individuo provoca reacciones afectivas a otro. Tiene dos propósitos principales: influir en los demás y obtener información. Ya sea verbal o no verbal, se puede describir como útil (terapéutica) o inútil (no terapéutica) (5). La primera anima a compartir datos, pensamientos, sentimientos entre dos o más personas. La otra impide o bloquea la transmisión de todo ello (ver tabla 1). Para comunicarse eficazmente con los pacientes y sus allegados, los profesionales necesitan adiestrarse en las técnicas de comunicación terapéutica y en

el desarrollo de las relaciones de ayuda (6). Para los propósitos de este libro, la comunicación es cualquier forma de intercambio de información o de sentimientos entre dos o más personas. Es un componente básico de las relaciones humanas. A veces se dice, por ejemplo, que tal enfermera o cual médico, es eficiente, pero que falla en lo que se denomina “*conducta al lado de la cama*” (5,6,7).

Tabla 1: Desarrollo de la comunicación.

RESPUESTAS TERAPÉUTICAS	RESPUESTAS <u>NO</u> TERAPÉUTICAS
Parafrasia	No escuchar
Clarificación	Reafirmación injustificada
Utilización de preguntas y afirmaciones de final abierto	Respuestas de enjuizamiento
Centrarse	Aprobación y desaprobación
Ser específico, tantear e informar	Consejos generales
Emplear el tacto	Estereotipos
Usar el silencio	Respuestas defensivas
Clarificar la realidad, el tiempo o la secuencia	Acuerdo y desacuerdo
Facilitar límites generales	Respuestas de prueba, comprobación y reto.

Relación de Ayuda

El profesional debe actuar en base a tres formas de saber, el “*saber teórico*”, el “*saber práctico*” y fundamentalmente el “*saber ser*”. Quien se olvida de este último nunca podrá definirse como un profesional completo. El “*saber ser*” encierra en sí mismo lo que podrían ser los tres pilares básicos de la Relación de Ayuda, y que al mismo tiempo coinciden con los tres fundamentos de la Teoría de Rogers: Aceptación incondicional, Empatía y Autenticidad. Como bien dice el mismo autor, “*cuanto más puede el paciente percibir en el terapeuta, una actitud de autenticidad, comprensión empática y respeto incondicional por él, tanto más se alejará de un funcionamiento estático, rígido, insensible e impersonal, para orientarse hacia un comportamiento caracterizado por un modo fluído, cambiante y permisivo de vivenciar los sentimientos personales diferenciados*”. Cada profesional deber ser consciente de sus límites para entrar en contacto con sus capacidades, si esto no es así, el peso de la autoexigencia le puede llegar a aplastar (7).

Competencia Relacional

Ante esta realidad los diferentes profesionales que atienden a estos pacientes, en las diferentes fases de su tratamiento reproductivo, tienen dos opciones. La primera consistirá en revestirse de una resistente coraza defensiva que impida que el dolor del otro incida en su persona. La segunda, en acercarse a quien sufre con el pleno convencimiento de un acercamiento auténtico, y devolverle sus capacidades para enfrentarse con mayor fortaleza a sus temores. El profesional que actúa desde el primero, queda inmediatamente sesgado al 50%, pero si no es capaz de *resonar* con quien sufre, si no es capaz de *mirar a los ojos de quien con ellos expresa más que con palabras*, estará defendiéndose de la posibilidad de encontrarse con el otro, sin

permitirse ser guiado por uno de los principios básicos de la Relación de Ayuda, como es la “*Competencia Relacional*”: *saber teórico + saber práctico + saber ser* (6,7).

Personalidad

Durante los últimos 2000 años, el término *personalidad* se ha definido de maneras distintas en los escritos occidentales. El primer concepto definía perfiles psicológicos en función de equilibrios entre las sustancias biológicas: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra. Galeno denominó cuatro tipos de personalidad: sanguínea, melancólica, flemática y colérica (8,9,10). En cambio, los antiguos chinos basaban el equilibrio en diferentes tipos de energía en lugar de humores corporales. Debido a que la energía experimentaba cambios constantes, los estados de ánimo y los comportamientos de una persona no podían ser constantes. Los chinos no postularon tipos de personalidad. Fueron los árabes que dominaron el Norte de Africa y Oriente Medio durante el siglo VII, quienes tradujeron los escritos de Galeno y adoptaron sus ideas. Incluso Kant aceptó los cuatro tipos de Galeno, aunque estableció una distinción entre emoción y comportamiento, porque reconoció la relación imperfecta entre la vida privada y la acción pública. Los críticos del siglo XIX fueron conscientes de la sabiduría de las ideas de Kant y compararon el temperamento con el carácter. El temperamento era el resultado de sesgos emocionales heredados, mientras que el carácter hacía referencia a comportamientos que eran función tanto del temperamento como de la experiencia. Al finalizar el siglo XIX se había producido un aumento del número de características físicas que revelaban la personalidad. Se creía que la forma del

cuerpo, la cara, el color de los ojos, el pelo y la piel estaban asociados a cualidades personales específicas (8).

Tipos de Personalidad.

Un tipo de personalidad es un perfil estable de comportamientos, creencias y estados de ánimo que diferencia a un grupo de individuos de otros de la misma sociedad (8,9,10). Del mismo modo por ejemplo que el ginecólogo o el biólogo tiene en cuenta la historia familiar de la pareja, los rasgos anatómicos y fisiológicos distintivos, sus antecedentes reproductivos, así como de sus familiares directos y los sucesos fortuítos, de forma análoga, una categoría de la personalidad se define mediante las predisposiciones temperamentales y heredadas de la persona, su historia previa, los contextos sociales del momento presente y el azar (8). En palabras de Millon; *“Las personalidades son como cuadros impresionistas. A cierta distancia, cada persona parece hecha de una pieza; desde más cerca, constituye un desconcertante entramado de estados de ánimo, cogniciones e intenciones”*. En definitiva todos somos criaturas biológicas, el resultado de cinco mil millones de años de evolución química en el planeta Tierra. Todos tenemos la impresión de que nuestras mentes son independientes y nuestra voluntad libre. Nuestras decisiones parecen ser siempre propias. Sin embargo, desde el punto de vista de la ciencia, los humanos somos seres sociales, psicológicos y biológicos. Como tales, nuestra voluntad no está ni totalmente determinada ni es totalmente libre y todos sentimos que tenemos dos personalidades, una pública y otra *“verdadera”* (9). Además en los artículos científicos especializados se suele decir que la personalidad puede preceder, modificar o complicar los trastornos del estado de ánimo (8,9).

Tipos de personalidad y estrés.

El estrés, junto con las estrategias de afrontamiento y los mecanismos de defensa, pueden integrarse dentro de un esquema que ilustra la complejidad de las respuestas emocionales y conductuales de un paciente ante el proceso de subfertilidad o los tratamientos de reproducción asistida (1,2,11). Los tipos de personalidad pueden entenderse como puntos dentro de un continuum, con sus respectivos trastornos de la personalidad (8,9). Además la mayoría de los pacientes no coinciden exclusivamente con un tipo, sino que pueden mostrar características de diversos tipos de personalidad. En condiciones de estrés aumentan las formas características en que un individuo se adapta a las situaciones (8,9,11). El paciente ligeramente obsesivo puede mostrarse demasiado rígido o controlador. Del mismo modo, un paciente moderadamente dependiente puede parecer “pegajoso” o excesivamente necesitado ante el estrés agudo del tratamiento, o por ejemplo con llamadas telefónicas diarias a su médico (11). Los pacientes que muestran formas extremas de estos tipos de personalidad pueden frustrar a los cuidadores y provocan con frecuencia emociones negativas intensas. Las emociones negativas que provocan por ejemplo en los médicos y las enfermeras, con estos tipos de personalidad, pueden hacer que las respuestas de sus cuidadores agraven la situación (3, 5, 11).

A continuación se presenta una tabla (ver tabla 2) con siete tipos de personalidad (11) junto con sus características, el significado que en general tiene la enfermedad para ellos, así como el significado de la subfertilidad (2) las respuestas de contratransferencia habituales que provocan a los cuidadores y sugerencias para su manejo. Entendemos aquí por subfertilidad, todos los procesos relacionados con los

tratamientos de reproducción asistida y no sólo aquellos que engloban la esterilidad y la infertilidad.

Tabla 2: Tipos de personalidad, comunicación y significado de la subfertilidad.

TIPO	CARACTERISTICAS	SIGNIFICADO O ENFERMEDAD	SIGNIFICADO SUBFERTILIDAD	RESPUESTA DE CONTRATRANSFERENCIA	SUGERENCIAS PARA EL MANEJO
Dependiente	<p>Necesitado, demandante, pegajoso.</p> <p>Incapaz de tranquilizarse a sí mismo.</p> <p>Busca la tranquilidad en los demás</p>	Amenaza de abandono	La subfertilidad es vista como dar pena, sentimiento de inutilidad.	<p>Positiva: el profesional se siente poderoso y que lo necesitan.</p> <p>Negativa: el profesional se siente agobiado y fastidiado; puede tratar de evitar al paciente.</p>	<p>Tranquilizar dentro de ciertos límites</p> <p>Visitas programadas</p> <p>Movilizar otros apoyos</p> <p>Recompensar los esfuerzos dirigidos hacia la independencia</p>
Obsesivo	<p>Meticuloso, ordenado</p> <p>Le gusta sentir que tiene el control</p> <p>Muy preocupado por lo correcto/incorrecto</p>	Pérdida de control sobre el cuerpo /emociones /impulsos.	Como un castigo por dejar que las cosas salgan de control	<p>Puede admirar</p> <p>Cuando es extremo: ira, un "duelo de voluntades"</p>	<p>Intentar establecer una rutina</p> <p>Darle oportunidades para que aumente su sensación de control</p> <p>Proporcionar</p>

					<p>información detallada y “tareas”.</p> <p>Fomentar un abordaje en colaboración/evitar los duelos de voluntades</p>
<p>Histriónico</p>	<p>Entretenido</p> <p>Melodramático</p> <p>Seductor, coqueto</p>	<p>Pérdida del cariño o del atractivo</p>	<p>Amenaza de abandono del otro</p> <p>Vergüenza</p> <p>Perdida de la propia identidad, autoestima.</p>	<p>Ansiedad, impaciencia, poca amabilidad</p> <p>Erótica: encuentra atractivo al paciente</p>	<p>Alcanzar un equilibrio entre la cordialidad y la formalidad</p> <p>Mantener las barreras claras</p> <p>Alentar al paciente para que manifieste sus miedos</p> <p>No enfrentarse frontalmente</p>
<p>Masoquista</p>	<p>“La eterna víctima”</p> <p>Mártir autosacrificado</p>	<p>Egosintónica</p> <p>Castigo consciente o inconsciente</p>	<p>Lo vive como un castigo por acontecimientos del pasado.</p> <p>Se autoflagela</p>	<p>Ira, odio, frustración</p> <p>Impotencia, desconfianza en sí mismo</p>	<p>Compartir el pesimismo del paciente</p> <p>Restar importancia a la</p>

			<p>“mentalmente”</p> <p>Camino de expiación de culpas.</p>		<p>conexión entre los síntomas y las visitas frecuentes</p> <p>Sugerir al paciente que considere la subfertilidad como otra carga que debe soportar, o hacer hincapié en los efectos positivos que tendrá el tratamiento sobre sus seres queridos</p>
Paranoide	<p>Cauteloso, desconfiado</p> <p>Acusa o contraataca con rapidez</p> <p>Sensible a los desaires</p>	<p>Una prueba de que el mundo está en contra del paciente</p> <p>Los cuidados médicos son invasivos y abusivos</p>	Como un ataque para aniquilar al “propio ser”.	<p>Ira, sentirse atacado o acusado</p> <p>Puede volverse defensivo</p>	<p>Evitar una actitud defensiva</p> <p>Reconocer los sentimientos del paciente sin discutirlos</p> <p>Mantener la distancia interpersonal; evitar una</p>

					cordialidad excesiva No confrontar los miedos irracionales
Narcisista	Arrogante, despreciativo Vanidoso, demandante	Amenaza su autoconcepto de perfección e inmunidad Provoca vergüenza	Ataque a la autonomía y la perfección del yo.	Ira, deseo de contraatacar Activa sentimientos de inferioridad o disfruta de sentimientos de cierta posición por trabajar con un paciente importante	Resistirse al deseo de cuestionar los derechos del paciente Redefinir los derechos para favorecer el cumplimiento terapéutico Adoptar una actitud humilde, darle la oportunidad al paciente de alardear, ofrecer visitas si es apropiado
Esquizoide o Evitativo	Distante, alejado Socialmente torpe, inhibido	Miedo a la intromisión	La subfertilidad y sus procedimientos son vistos como	Poca conexión con el paciente Dificultades para entablar	Respetar la intimidad del paciente

			una peligrosa invasión de la intimidad	una relación	Impedir que el paciente abandone por completo el tratamiento Mantener un interés discreto y tranquilo por el paciente Alentar la rutina y la regularidad.
--	--	--	--	--------------	---

Conclusión

Las reacciones emocionales, frecuencia e intensidad, así como el grado de tolerancia personal a la frustración y al estrés crónico que conllevan muchos de los tratamientos de reproducción asistida y los propios procesos de subfertilidad, están mediados por factores derivados de la propia *personalidad*, historia personal y familiar. Ante esta realidad, los diferentes profesionales que atienden a estos pacientes, en las diferentes fases del tratamiento, han de estar especialmente entrenados tanto en la *relación de ayuda* como en las diferentes técnicas de desarrollo de *comunicación útil*. La comunicación pasa a ser una herramienta de trabajo, con un doble mensaje, ya que resulta imposible “*no comunicar*” en la relación entre dos o más personas.

Bibliografía

- (1) Yago, T., Segura, J. & Irazábal, E. (1997). *Infertilidad y reproducción asistida: Relatos de parejas entre el sufrimiento y la esperanza*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- (2) Burns, L. & Covington, S. (1999/2000). *Infertility counseling. A comprehensive handbook for clinicians* (2ª Reimpresión). New York, DC: Parthenon London and New York.
- (3) Watzlawick, P. (1983). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.
- (4) Caballo, V. (1993/2000). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. (4ª reimpresión). Madrid. Siglo XXI.
- (5) Kozier B. (1989/2005). *Enfermería fundamental: conceptos, procesos y práctica*. (7ª reimpresión). Madrid: Interamericana McGraw Hill.
- (6) Rogers, C. (1989). *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós.
- (7) Navarro M. La muerte y el duelo como experiencia vital: acompañando el proceso de morir. *Rev. Informació Psicològica* 2006; 88:12-21.
- (8) Rosenbluth, M. (2007). *Depresión y personalidad: desafíos clínicos y conceptuales*. Barcelona: Elsevier-Masson.
- (9) Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S. & Ramnath, R. (2001/2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna* (2ª Reimpresión). Barcelona: Elsevier-Masson.
- (10) Cronbach, L. (1998). *Fundamentos de los test psicológicos*. Madrid: Biblioteca Nueva S.L.

(11) Levenson, J. (2006). *Tratado de medicina psicosomática*. Barcelona: Ars Médica.

Capítulo 3: Los pacientes de Reproducción Asistida: unos pacientes muy especiales. (Características de los pacientes en Reproducción Asistida)

Giuliana Baccino (FivMadrid)

INTRODUCCIÓN

Los pacientes en el campo de medicina reproductiva son especialmente diferentes de los pacientes en otras áreas de la salud, ya que no acuden a consulta exclusivamente para curarse de una enfermedad, sino para llevar a cabo un proyecto de vida.

Estos pacientes, suelen referirse a su infertilidad como la peor crisis de sus vidas, peor aún que un divorcio o la pérdida de sus padres (Mahlstedt y col., 1987).

El sentimiento de frustración y frases como “*esto es lo peor que me ha pasado en la vida*” son muy frecuentes en la consulta de reproducción. Tanto es así que, las tasas de depresión en pacientes con diagnóstico de infertilidad son similares a las tasas de depresión en pacientes con diagnóstico de cáncer, dolor crónico, y enfermedades cardiovasculares (Domar y col., 1992).

Conocer sobre cómo se presentan estos pacientes y qué caracteriza su forma de actuar y de relacionarse con el médico, resulta fundamental a la hora de saber cuáles son las pautas que nos pueden facilitar la comunicación y el trabajo con ellos.

Asimismo, debemos tener presente que existe otro tipo de pacientes, cada vez más frecuentes en la consulta de reproducción, las mujeres solas y las parejas homosexuales. Estas pacientes si bien tienen el mismo proyecto que los anteriores

difieren en el motivo de consulta, ya que no es la infertilidad la que las trae a los centros de reproducción.

LA CAPACIDAD DE PROCREAR Y EL PROYECTO DE TENER UN HIJO

La diferencia entre ser capaz de procrear y tener el proyecto de procrear, está dada por la capacidad de decidir. Es una fase importante del desarrollo de un adulto y de su identidad, tener la certeza de que puede reproducirse, si lo desea.

Muchas mujeres necesitan asegurarse sobre el buen funcionamiento de su sistema reproductivo, para no sentir que son “defectuosas” o sentir que “no sirven”, ya que tradicionalmente la figura de la mujer ha estado estrechamente vinculada a la figura de madre. El caso de los hombres es similar, dado que históricamente se ha asociado la capacidad reproductiva con la masculinidad y la sexualidad (Leiblum, 1997).

Tanto es así que, el proyecto de tener un hijo es visto como fundamental en la creencia de consolidación de una pareja. Actualmente, dicha consolidación si bien tiende a ser más tardía que en épocas anteriores continúa teniendo la misma importancia y la misma presión social. Es por esto que no conseguirlo lleva a las parejas a compararse socialmente con sus pares y coetáneos, lo que se traduce en una dificultad aún más acusada de aceptar y procesar el diagnóstico la infertilidad.

Por otra parte, no solo las parejas infértiles acuden a la consulta de reproducción, sino también las mujeres solas y las parejas homosexuales. Tanto unas como las otras no necesariamente tienen problemas reproductivos, por tanto, su aproximación hacia el profesional de la salud no es la misma y su motivo de consulta tampoco.

Si bien dedicaremos la mayor parte de este capítulo a las parejas infértiles, dado que siguen siendo amplia mayoría en la consulta de reproducción, veremos también algunas características de aquellas pacientes que acuden a los centros de reproducción, porque han elegido no tener pareja o pareja masculina, y tener un hijo.

DIFERENTES TIPOS DE PACIENTES

Parejas heterosexuales en consulta: aspectos a tener en cuenta

El camino que atraviesan estas parejas desde que se proponen lograr un embarazo espontáneo hasta que llegan a consulta es largo y frustrante. No llegan con ilusión como las mujeres solas o las parejas homosexuales, sino con miedo, con muchas dudas, con poca tolerancia a la frustración y, por tanto, con un alto nivel de estrés. El estrés está íntimamente relacionado con la experiencia de infertilidad, ya que se manifiesta como resultado de la imposibilidad de concebir un hijo, de no saber cuál es la causa de infertilidad, de no saber si se va a lograr una gestación algún día, y de la presión que se siente desde el mundo exterior (Leiblum, 1997).

¿Cómo suelen presentarse?

- **Irascibles.** Después de varios intentos fallidos para lograr un embarazo, la ilusión de estas parejas se ha visto frustrada. Suelen llegar a consulta con baja tolerancia a la frustración e irascibles ante cualquier comentario que consideren que pondrá en peligro el proyecto de tener un hijo.
- **Enfadados.** “¿Por qué a mi?” es una frase muy frecuente en estos pacientes que buscan una explicación a su infertilidad. Están enfadados, pero no saben explicar bien con quién, si con ellos mismos, con su pareja, con el médico que les ha dado el diagnóstico, o con algún ser superior que los está castigando.

- **Sensación de engaño producida por el desconocimiento y avidez de información.** Habitualmente llegan a la consulta después de haber recabado todo tipo de información en libros, internet, televisión, con amigos, conocidos, en otras consultas, etc. Como es previsible, cada una de estas vías de información tiene sus propias fuentes, con mayor y menor rigor científico, por lo que no siempre coinciden y el paciente suele desconfiar de todo lo que le decimos por el propio exceso de información no siempre acertada.
- **Tristes vs. esperanzados.** La oscilación del humor es característica de los pacientes en reproducción. Un día los podemos encontrar esperanzados con el tratamiento, deseosos de comenzar y otros días, deseando irse, sin querer escuchar y con poca receptividad ante el médico. Es importante poder detectar estos cambios de humor, fundamentalmente en el momento de dar malas noticias.
- **Prisa por obtener un resultado.** “*Quiero un hijo ahora!*” es la sensación que tienen estos pacientes. Ya no quieren esperar, todo les resulta eterno y una pérdida de tiempo, desde esperar el resultado de un cariotipo, hasta esperar 5 minutos en la sala de espera para ser atendidos. Ellos sienten que corren una carrera contra reloj y muchas veces los profesionales somos percibidos como su obstáculo. Debemos tener esto presente a la hora de explicar, por ejemplo, los tiempos de un tratamiento. Esta prisa es un derivado de la ansiedad y el estrés que produce la situación, por lo que conviene calmar y explicar la importancia de respetar los tiempos y cómo el estrés puede llegar a ser negativo para la obtención de buenos resultados (Leiblum, 1997).
- **Depresión.** Como hemos visto anteriormente, los índices de depresión de los pacientes con problemas reproductivos son equiparables a aquellos pacientes

con diagnóstico de cáncer, dolor crónico y enfermedades cardiovasculares (Domar, Broome, Zuttermeister y Friedman, 1992).

- **Sensación de: “*nada tiene sentido en mi vida si no tengo un hijo*”. Ausencia de otros proyectos.** Consideramos fundamental para la salud mental de los pacientes tener en marcha otros proyectos además del de tener un hijo, al momento de acudir a los centros de reproducción. Incentivar en ellos este aspecto, ayudará a que la actitud con la que acuden a consulta no sea de derrotismo, sino de ilusión y ayudará a su vez a no ver el tratamiento como la única y última opción para ser felices.

Claves para trabajar con estos pacientes

- **Dedicarles tiempo y atención.** Somos concientes que el médico debe distribuir su tiempo entre muchos pacientes y no siempre le es posible atenderlos como desearía. En general, todos los pacientes necesitan que se les dedique tiempo, pero los pacientes infértiles necesitan no sólo tiempo, sino sentirse comprendidos, sostenidos, y sentir que quien tienen frente a ellos conoce al detalle por lo que están pasando y hará todo lo posible para que puedan concretar su sueño. Para ellos, acudir un día a consulta tal vez sea lo más importante que hayan hecho en mucho tiempo. Una herramienta de la que puede servirse el médico en el caso de disponer de escaso tiempo, es recomendar que el psicólogo de su centro explique más detenidamente la técnica apropiada para el paciente o el proceso por el que atravesarían. De esta forma, se distribuye la tarea informativa y el paciente se siente respaldado.
- **No asumir que los pacientes conocen de reproducción.** Si bien suelen ser pacientes muy informados, no siempre están bien informados. Es preferible

asumir que debemos explicarles cada paso de lo que haremos con ellos y proveerlos de información sencilla y detallada, ya que puede suceder que la información de la que disponen no coincida con la que queremos brindarles.

- **Fomentar otros proyectos además de éste.** Como hemos visto, resulta fundamental que estos pacientes estén ocupados en otros proyectos además del de ser padres a la hora de afrontar el tratamiento. Insistir en este aspecto ayudará a la relación médico-paciente.
- **Dar expectativas reales.** En ocasiones, buscando alentar a nuestros pacientes podemos caer en la tentación de esperanzarlos más allá de sus posibilidades. Es conveniente dejar siempre muy claro las probabilidades de éxito de cada técnica en cada caso en particular, es una labor muy importante que tiene el médico y sobre la cual los pacientes pueden hacer una proyección real de su situación.
- **Ayudarlos a decir basta y a pensar en otras opciones para la maternidad/paternidad.** En ocasiones, la relación no simétrica médico-paciente hace que estos pacientes esperen indicaciones del médico sobre cuándo parar en los tratamientos, ya sea para descansar como para pensar en otras alternativas. Sienten la responsabilidad de seguir, aunque su cuerpo o su mente les pida un descanso. El profesional debe tener en cuenta la importancia de su figura ante los pacientes y considerar la posibilidad de que éstos estén esperando su “visto bueno” para parar.

Mujeres Solas y Parejas Homosexuales en consulta: aspectos a tener en cuenta

Estas mujeres son las únicas pacientes de las clínicas de reproducción que no necesariamente tienen problemas reproductivos, por consiguiente, la conflictiva de infertilidad no siempre se presenta.

¿Cómo suelen presentarse?

- **Ilusionadas y seguras.** El proyecto de tener un hijo para las mujeres que no tienen pareja, o pareja masculina es un tópico sobre el cual han meditado. El sistema social en el que están inmersas hace que su decisión sea tomada con cautela, seguridad y estabilidad (Touroni y Coyle, 2002).
- **Con apoyo de redes sociales pero no familiares.** Lo que en ocasiones puede diferenciar a unas parejas de otras es el apoyo de las familias de origen y las redes sociales con las que cuentan. En España buena parte de estas parejas tienen dificultades al momento de comunicar a sus familias la decisión de tener un hijo y contar con ellos en el momento de su crianza (Baccino, 2005). Por su parte, comentan recibir un constante y sólido apoyo de sus redes sociales (Golombok, 1999; González y Sánchez, 2003). Disponer de esta información resulta fundamental a la hora de decidir junto con la pareja o la mujer sola, por ejemplo, el número de embriones a transferir.
- **Dudas sobre cómo integrar a su pareja.** En el caso de las parejas homosexuales el niño estará biológicamente relacionado únicamente con una de las integrantes de la pareja, por lo que, la participación de la pareja en relación a todos los pasos del tratamiento y el apoyo que debemos incentivar en ella, resulta fundamental para poder compartir esta experiencia de pareja.

¿Cuáles son los interrogantes más frecuentes en este tipo de pacientes?

Los interrogantes más frecuentes son aquellos relacionados con la crianza del niño: roles de género y dudas con respecto a la futura orientación sexual del niño.

No nos extenderemos aquí en lo referente a los roles de género y la crianza de los niños (Baccino, 2007), pero sí debemos recordar que la aceptación o no de la orientación sexual de estas parejas por parte del médico estará siempre presente en la calidad de la información que brinde y, por tanto, debe haber reflexionado sobre este tema y estar constantemente actualizado sobre investigaciones y avances científicos realizados en el campo para poder brindar un certero *feedback* a estas pacientes cuando lo requieran.

Claves para trabajar con estas pacientes

- Saber que estas pacientes acuden a consulta después de haberlo meditado, y por tanto con cierta seguridad en su proyecto.
- Indagar sobre el apoyo con el que cuentan, ya sea familiar o proveniente de sus redes sociales, ya que un embarazo múltiple en estas pacientes puede causar un desequilibrio importante en sus vidas. Esta información será necesaria transmitirla a la hora de explicar la inducción de la ovulación y la transferencia embrionaria.
- Formar al personal del centro sobre los nuevos usuarios de las técnicas de reproducción asistida. No necesariamente todas las personas que trabajan en un centro de reproducción conocen los avances de las técnicas ni sus nuevos usuarios. Colaborar en la familiarización del personal a este respecto, resulta fundamental a la hora de tener una forma de actuar unificada frente al paciente.
- En relación a lo anteriormente expuesto, es importante tener estipulado en los centros una forma de catalogar a las mujeres solas y a las parejas homosexuales en las bases de datos del centro, en los formularios que deben completar, firmar, etc. Es decir, poder darles un espacio propio en la consulta de reproducción.

- Estar al día sobre las investigaciones que se llevan a cabo, así como sus conclusiones respecto a familias monoparentales y homoparentales: relación materno-filial, ausencia de figura masculina en el núcleo familiar, la función materna, redes sociales, etc.

CONCLUSIONES

Quien trabaja en medicina de la reproducción, es consciente de lo difícil y tedioso que es el camino que han de recorrer las parejas que no pueden conseguir un embarazo de forma natural. La infertilidad deja huellas muy profundas (principalmente de índole psicológica) en quien la padece y afecta el vínculo de pareja. Nuestro objetivo como profesionales, es comprender esta situación y colaborar para que el trayecto por el que han de atravesar estos pacientes (para lograr una gestación) sea lo menos dificultoso y traumático posible.

Es preciso tener en cuenta, que el estrés de los pacientes puede disminuir las probabilidades de éxito de la técnica de reproducción a la que se encuentran sometidos (Leiblum, 1997; Boiven y Takefman, 1995), por tanto, disminuir las fuentes que pudieran potenciar situaciones de estrés podría redundar en un mayor éxito de la técnica y, por consiguiente, en un mayor índice de embarazos.

El médico ha de tener en cuenta a la hora de recibir en consulta tanto a una pareja con problemas reproductivos, como a una mujer sola, o a una pareja homosexual que serán modalidades de deseos reproductivos diferentes. Por tanto es fundamental que cada una de estas pacientes tenga su espacio en los centros de reproducción, ya que como hemos visto, los motivos de consulta son diversos y, por tanto, las pautas de trato también.

BIBLIOGRAFÍA

Mahlstedt, P.P., MacDuff S., Bernstein J. (1987). Emotional factors and the in vitro fertilization and embryo transfer process. *Journal of In Vitro Fertilization and Embryo Transfer*, 4, 232-236

Domar A., Broome A., Zuttermeister, P.C., Friedman, R. (1992). Psychological improvement in infertile women after behavioural treatment: A replication. *Fertility and Sterility*, 58, 144-147.

Touroni, E., Coyle, A. (2002). Decision-making in planned lesbian parenting: an interpretative phenomenological análisis. *Journal of Community and Applied Social Pshychology*, 12, 194-209.

Baccino G. (2005). Familias no tradicionales y técnicas de reproducción asistida. Disertación del Diploma de Estudios Avanzados sin publicar. Universidad de Salamanca, Salamanca.

Golombok, S. (1999). Lesbian mothers familias. En A. Abinan, Day Sclater y M. Richards (Eds.). *What is a Parent? A socio-legal analysis*. Oxford: Hart Publishing.

González, M. M., Sánchez, M.A. (2003). Las familias homoparetnales y sus redes de apoyo social. *Portularia*, 3, 207-220.

Baccino G. (2007). Homoparentalidad y Técnicas de Reproducción Asistida. En *Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción Asistida*. Grupo de Interés en Psicología. Sociedad Española de Fertilidad. Mongráfico.

Leiblum S. (1997). (Ed.) *Infertility. Psychological Issues and Counseling Strategies*. John Wiley & Sons. Inc. New York.

Boiven, J. Takefman, J. (1995). Stress level across steages in in vitro fertilization in subsequently pregnant and nonpregnant women. *Fertility and Sterility*, 64(3), 470-473.

Capítulo 4: Como ser entendidos y entender a nuestros pacientes.

Fundamentos de entrevista clínica: tipos, secuencias y estructura.

Vicenta Giménez . G.H. Quirón – San Sebastián. Pilar Dolz del Castellar. IVI-Valencia.

Introducción.

En 1986, Firth estudió los niveles y las causas de estrés en los estudiantes de medicina, encontrando como principales estresores la comunicación con los pacientes (1). El tratar con el sufrimiento emocional, la relación con otros miembros del equipo de trabajo, así como la vivencia que la profesión médica “fracasa” ante el paciente porque no puede “ofrecerle” aquello que desea con tanto anhelo, como es el éxito de la técnica reproductiva, en el trabajo que aquí nos ocupa, produce vivencias de frustración e impotencia al mismo tiempo que daña la autoestima personal del profesional sanitario y resto del equipo. Esta situación llega a producir en el profesional un síndrome conocido como síndrome de desgaste profesional (SDP).

Síndrome de Desgaste Profesional.

Este síndrome es la consecuencia de un fracaso adaptativo individual por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas que requiere el trabajo con personas y se caracteriza por cinco factores que citamos a continuación (1):

- 1.-Síntomas de agotamiento emocional como por ejemplo apatía.

2.- Alteraciones de conducta como son absentismo laboral, conductas adictivas, evadir a los pacientes.

3.- Síntomas físicos de estrés como cansancio y malestar general.

4.-Inadecuada adaptación al trabajo con vivencias de baja realización personal.

5.- Disminución del rendimiento laboral, desmotivación y desinterés.

El SDP se asocia con expectativas irrealistas en el trabajo, meticulosidad y perfeccionismo excesivo, individualismo y falta de trabajo en equipo y con hostilidad, coloreado de un abanico de rasgos de personalidad narcisista, ambiciosos, obsesivos, ansiosos y depresivos, bañados en diversos grados de conflictos emocionales intrapersonales, que probablemente le han acompañado al profesional desde su infancia (1).

Es por este motivo, que el personal médico y sanitario, ha de estar entrenado en las relaciones de ayuda y “*resonar con las emociones del paciente*” (2) empatizar con él, “*colocarse en sus zapatos*”, pero sin llegar a identificarse con la angustia de la paciente o pareja, sin producirse una reactivación de sus propios conflictos y la frustración de sus perspectivas diagnóstico-terapéuticas con respecto al éxito o fracaso de su proyecto de familia. Por tanto, una adecuada formación psicosocial puede permitir al profesional médico y sanitario tolerar mejor y afrontar de forma más satisfactoria la inevitable ansiedad de la paciente.

Prevenir el SDP (1)

Para la prevención del desgaste profesional y la mejora de la calidad asistencial, es esencial conocer que:

- 1. ser comprendido y comprender a otros ayuda a mejorar la competencia individual y la cooperación interpersonal.**
- 2. Mejorar la formación compartida permite enriquecer el rol profesional (tareas, organización, compromiso, respuestas emocionales), aumenta la satisfacción personal y mejora la calidad asistencial.**

Recomendaciones comportamentales para prevenir el SDP (1)**A.- Medidas educacionales:**

- 1.- Transmisión de conocimientos útiles entre compañeros.**
- 2.- Fomento del trabajo en equipo.**

B.- Estructura sanitaria:

- 1.- Objetivos sanitarios orientados a la prestación de asistencia sanitaria de calidad.**
- 2.- Fomento de la participación de todos los miembros del equipo de profesionales de la unidad de reproducción en la toma de decisiones tendentes a mejorar la calidad del servicio prestado.**
- 3.- Consideración de la satisfacción de los profesionales sanitarios y no sólo de los pacientes, como medida de la eficiencia de la estructura sanitaria.**

C.- En relación con la sociedad.

1.- Transmitir una imagen de la medicina adaptada a la realidad, sin fomentar expectativas ilusorias de éxito en las pacientes, siendo muy conscientes de las limitaciones que presentan las técnicas reproductivas, a pesar de los grandes avances que día a día se producen.

2.- Renunciar a la percepción social de tiempos pasados de la figura del médico cuasi-sagrada y asumir la autonomía del paciente para aceptar o rechazar los tratamientos propuestos así como pedir segundas opiniones. En medicina reproductiva, es frecuente encontrar pacientes que “*deambulan*” de un centro a otro.

3.- El médico debe tener en cuenta que los pacientes valoran más sus cualidades humanas que, en ocasiones, sus cualidades técnicas. Es conveniente que cultive la palabra afectuosa y sencilla, la paciencia y la capacidad de escucha terapéutica (2)

D.- En relación con los compañeros.

1. Aceptar la parte de trabajo que corresponde a cada uno.

2. Respetar la intimidad de los demás.

3. Cooperar con los compañeros y estar dispuesto a prestar ayuda al ser solicitada.

4. No desvelar información confiada en secreto.

5. Mostrarse cooperativo a pesar de sentimientos de antagonismo personal.

6. No denigrar a los superiores, iguales o subordinados.
7. Diríjase a los compañeros utilizando su nombre.
8. Pedir ayuda o consejo cuando se necesite.
9. Mirar a los compañeros a los ojos cuando se habla con ellos.
10. No entrometerse en la vida privada de los demás.
11. Ser agradecido cuando se ha recibido favores y halagos por pequeños que sean.
12. Defender a los compañeros en su ausencia y no criticarles públicamente.

Los peores pacientes y distorsiones cognitivas más frecuentes.

Desde la psicología de la salud se postula que uno mismo puede hacer más por su propia salud y bienestar que ningún médico, que ningún fármaco y que ningún otro procedimiento exótico (1). Y si tenemos en cuenta que “*nadie nace sabiendo, sino aprendiendo*”, veamos qué podemos aprender para saber colocarnos en el lugar del otro, sin llegar a identificarnos con él/ella y asumiendo nuestros propios conflictos intra/interpersonales, ya que en estudios realizados hace aproximadamente cuarenta años, llegaron a considerar a los profesionales sanitarios hospitalizados “*los peores pacientes*” (1).

La reestructuración cognitiva.

La *reestructuración cognitiva* tiene por objeto corregir errores interpretativos debidos a creencias distorsionadas de la realidad y a

transformarlas para hacer una evaluación más objetiva de la situación real. Con frecuencia las personas distorsionamos algunos aspectos de la realidad, así por ejemplo, cuando estamos tristes exageramos los aspectos negativos y minimizamos los positivos, o al revés ya que nuestra memoria emocional es contexto dependiente. Las distorsiones cognitivas más comunes son las siguientes (1,3):

1.- *Hipergeneralización*: De un hecho concreto se saca una ley general y no se comprueba si es cierta. Se utilizan términos absolutos como *todo*, *nunca*, *siempre*.

- Un paciente puede no comprender sus explicaciones y usted considerar que es un mal médico porque *ningún* paciente le entiende, olvidando a todos aquellos que sí le comprendieron.

- Una paciente puede fracasar en un tratamiento concreto de medicina reproductiva y sentir que *nunca* conseguirá su embarazo.

2.- *Etiqueta global*: esta distorsión es lo que conocemos como prejuicios, utilizando términos peyorativos para personas, conductas o situaciones.

- Médico: “las mujeres son unas histéricas”, “los que van al psicólogo están locos”.

- Paciente: “El Dr. Xx no me ha escuchado...!como no voy a su consulta privada...!”, “de los médicos no te puedes fiar”.

3.- *Pensamiento polarizado*: los acontecimientos se dividen en buenos y malos, blancos o negros, perdiéndose los matices de grises.

- Médico: “O soy capaz de presentar un trabajo en el Congreso xx o arruino mi carrera para siempre”

- Paciente: “ Si no consigo quedarme embarazada y tener hijos, la vida no merece la pena”

4.- *Autoacusación*: todo lo que acontece a su alrededor es responsabilidad suya, como si fuese el ombligo del mundo, pero con un imán hacia situaciones negativas.

- Médico: “contrae una enfermedad y se culpa así mismo por estar enfermo”

- Paciente: “pide disculpas por no tener suficientes *folículos* para el tratamiento o tener *una baja respuesta*”.

5.- *Lectura de la mente*: esta distorsión se basa en la proyección, ya que piensa que los demás comparten con usted su visión del mundo, sus sentimientos y su visión negativa de sí mismo.

- Médico: “seguro que todos piensan que soy un incompetente”

- Paciente: “seguro que piensa que soy una pesada si le pregunto tal o cual duda”.

6.- *Error del adivino*: se parece mucho al anterior pero referido a acontecimientos futuros.

- Médico: “no ascenderé en mi trabajo, no puedo cambiar”

- Paciente: “nunca me quedaré embarazada”

Pero....¿Cómo lo saben si no lo intentan?

Sugerencias para combatir las distorsiones (1):

- 1.- Actúe como un científico, no descarte las cosas a la primera, contraste opiniones y pida consejo. Inténtelo de nuevo. Sólo si lo vuelve a intentar, podrá tener éxito.**
- 2.- Aprenda a desvincular su comportamiento de su valor como persona.**
- 3.- Recuerde “*quien tiene boca, se equivoca*” y una manera de aprender y evolucionar es a través de nuestros propios errores.**

Relación Asistencial entre Profesional de la Salud y Paciente.

La relación asistencial entre el profesional de la salud y el paciente, es vista aquí como una relación entre dos sistemas interactuantes, con sus respectivas motivaciones, reacciones y dificultades, influyéndose mutuamente donde interviene elementos como tiempo y orden, acción y reacción (4). Ver tabla 1: Modificado (5).

Tabla 1: Interacción motivacional en la relación paciente – profesional sanitario.

	PACIENTE	PROFESIONAL
Motivaciones y Expectativas	<p>Buscar alivio a sus síntomas</p> <p>Tener un diagnóstico</p> <p>Proyecto de Familia...etc</p>	<p>Ayudar</p> <p>Ganarse la vida</p> <p>Ejercer un tipo de poder</p> <p>Seguridad personal/familiar</p>
Ansiedades	<p>Padecer algo malo</p> <p>Vergüenza</p> <p>Incompetencia profesional</p> <p>Molestar, demandas injustificadas...etc</p>	<p>Hacer daño</p> <p>Equivocarse</p> <p>Desacreditar a colegas</p> <p>Deslealtad de pacientes</p> <p>No ofrecer calidad etc...</p>

Fundamentos de entrevista clínica: tipos, secuencias y estructura.

A lo largo de la historia la entrevista ha sido utilizada por muy diversos profesionales, desde la Filosofía en sus orígenes hasta la Psicología, Sociología, Medicina, Enfermería, Periodismo y Economía en nuestros días (6). Esta utilidad tan amplia pone de manifiesto su importancia como instrumento para obtener información. Cada entrevista representa una pieza que, engarzada a otras, compone el rompecabezas de una relación asistencial (5). En la actualidad, dentro del marco sanitario, es la técnica de evaluación más frecuentemente utilizada por los diferentes profesionales que trabajan en el marco de la salud, aunque frecuentemente no se le concede la atención y la importancia que se merece en la formación y entrenamiento que dichos profesionales requieren para su uso (7). Además, por sí misma constituye una unidad en la que se plantean problemas y soluciones, donde se cruzan elementos de relación humana con otros puramente técnicos (8).

La entrevista clínica: comunicación y técnica.

La entrevista es un proceso de interacción con unos objetivos prefijados en los cuales intervienen dos canales de comunicación, uno verbal y otro no verbal, en donde el profesional asume el papel de experto (3,4,5,6). Este experto entrevistador, además del psicólogo, puede ser el profesional médico o de enfermería (7). Estos profesionales desarrollan una variedad de procesos que comprenden desde el diagnóstico, el control de parámetros biológicos, procesos administrativos, la derivación a otros niveles asistenciales, hasta propiamente los procedimientos terapéuticos que les corresponden. La entrevista clínica se da siempre en un marco de intenciones y propósitos. Por el

lado del paciente se puede desear por ejemplo el alivio de unas molestias. El profesional de la salud, por su lado, puede también configurar sus intenciones y propósitos de manera autónoma. Desde este punto de vista, el encuentro puede tener como finalidad más importante, velar por el cumplimiento de un tratamiento o llegar a un diagnóstico (5).

En el desarrollo de una entrevista encontramos que intervienen tres elementos esenciales; el entrevistador, el entrevistado y la información obtenida (5). Cuanto mayor sea la armonía entre ambas partes, entre entrevistador y entrevistado, más auténtica será la relación y mejor será el resultado de la acción del entrevistador, a pesar de los conocimientos y habilidades que el entrevistador adquiere a través de un entrenamiento sistemático (ver tabla 2: extraído de 6).

Tabla 2: Factores facilitadores e inhibidores de la comunicación entre profesional y paciente

FACTORES FACILITADORES	FACTORES INHIBIDORES
<ul style="list-style-type: none"> - Estado emocional del terapeuta - Escuchar activamente - Empatizar - Hacer preguntas abiertas - Mensajes consistentes - Ser recompensante (“muy bien.. qué bien..”) - Empleo del mismo código. - Frases que demuestren empatía (“comprendo...entiendo...”) - Frases que resuman o clarifiquen (“ o sea...lo que usted me quiere decir...etc”) 	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivos contradictorios - Estado emocional que perturbe la relación terapeuta – paciente - Inconsistencia en los mensajes - Utilización de términos vagos - Ignorar mensajes importantes del paciente - Consejo prematuro y no solicitado - Justificación excesiva de las propias decisiones - Juzgar los mensajes del interlocutor - Evitar tener respuesta para todo

A diferencia del modelo médico, en donde la entrevista se enmarca en un sistema de clasificación categorial, la Psicología intenta describir la entrevista como un procedimiento dinámico y continuo, generador de hipótesis, a la búsqueda de un modelo explicativo que intenta operacionalizar la conducta problema y, a partir de ahí, seleccionar y definir las metas terapéuticas para la planificación del tratamiento (6)

Aspectos relevantes del entrevistador.

El entrevistador debe partir de la necesidad de obtener información del paciente y que éste a su vez se sienta atraído por exponer su historia o problema personal. Para conseguir estos objetivos es necesario una serie de habilidades especiales, entre las que podríamos destacar las siguientes (3,5,6,8)

- **Ser cálido (rapport): conseguir un rápido acercamiento con el paciente.**
- **Tener tacto ante las relaciones, empatía.**
- **Tener capacidad y un nivel intelectual adecuado (preparar la entrevista previamente con cuidado). Concreción y asertividad.**
- **Análisis y juicio crítico: capacidad para interpretar la información recogida, analizarla y llegar a conclusiones en el transcurso de la entrevista.**
Concreción.
- **Adaptabilidad: flexibilidad.**
- **Madurez: sentido común y criterio práctico.**

Tipos de entrevista (6)

Se pueden clasificar en función de diversas variables, pero aquí vamos a fijarnos sólo en el grado de estructuración, sin diferenciar si la finalidad de la

entrevista es la investigación, el diagnóstico o realizar una intervención terapéutica. Se pueden considerar cinco elementos de la entrevista susceptibles de mayor o menor estructuración (las preguntas, las respuestas, la secuencia, el registro, la elaboración de la información y la interpretación de la misma).

- **Entrevista estructurada:** cuando tanto la secuencia de preguntas como las respuestas están prefijadas. Tiene limitaciones para establecer un buen rapport con el entrevistado. Se utiliza sobre todo en investigación, pero también en ambientes clínicos.
 - *¿A qué edad tuvo su primera menstruación?*
- **Entrevista semiestructurada:** se trabaja con un esquema definido con preguntas abiertas prefijadas. En el transcurso de la entrevista pueden añadirse elementos que el entrevistador considere relevantes. La mayoría de las entrevistas clínicas siguen esta estructura y las siguientes cuatro etapas: exploración para reconocer la naturaleza del problema, preguntas más especializadas, preguntas más individualizadas y resúmenes parciales de la información.
 - *Describame cómo son “esos dolores menstruales”*
- **Entrevistas no estructuradas:** son más flexibles, según las necesidades de cada paciente y el gran peso recae sobre el entrevistador. Pueden omitirse búsqueda de información importante por parte del entrevistador.

Habilidades que favorecen el desarrollo de la entrevista (5,6)

Durante el desarrollo de la entrevista utilizamos una serie de técnicas, de demostrada eficacia clínica, con el objeto de ayudar al paciente a que nos aclare o nos aporte la mayor cantidad de información sobre su problema.

- **Primer contacto.** Invitar al paciente a sentarse con una sonrisa y una expresión cálida, con el objetivo de disminuir los niveles de ansiedad y tensión con los que acude a la consulta y de ese modo ganarnos su confianza.
- **Lugar de la entrevista:** debe ser un lugar íntimo, sin ruidos y sin interrupciones.
- **El clima:** animar al paciente a continuar su relato sin interrumpirle, no discutir, aunque no se esté de acuerdo, simplemente escuchar y favorecer la expresión de ideas.
- **Las pausas:** facilitan que el paciente aporte más detalles sobre un punto previo. No deben durar más de 10 segundos.
- **Lenguaje:** adecuarse al nivel educativo del paciente.
- **Humor:** que sea lo más natural y agradable posible, si la situación lo permite (1).
- **Control de la entrevista:** el profesional regulará el tiempo dedicado a cada punto de la entrevista.

Objetivos de la entrevista (6)

1. **Establecer una adecuada relación.** El paciente sólo comunicará información íntima en quien confía.
2. **Obtener información:** con preguntas abiertas, cerradas, directas o indirectas. Ver Tabla 3: extraída de (6)

Tabla 3: Preguntas abiertas vs. Preguntas cerradas.

Preguntas abiertas: no hay reglas fijas	Preguntas cerradas: hay reglas fijas
<ul style="list-style-type: none"> - Son menos fiables - Los contenidos pueden no ser accesibles - Pueden desconcertar por expresiones no adecuadas - Provocan más motivación (no monotonía) - Recomendables al menos al principio - Mayor riqueza de respuesta - Mayor precisión por parte del otro - Permite al evaluado introducir preguntas o comentarios aclaratorios - Óptimas para entrevista exploratoria 	<ul style="list-style-type: none"> - Buen nivel de conocimiento por parte del terapeuta - Poco motivantes - Recomendables para pacientes difíciles - Menor riqueza de respuesta - Mejores para entrevista estructurada

3. Proporcionar una devolución de la información al paciente, reconociendo sus principales preocupaciones, lo que reforzará en el paciente la sensación de ser escuchado y comprendido.
4. Conceptualización de los problemas y formulación de hipótesis verificables.
5. Evaluación de los procesos y resultados terapéuticos; seguimiento. ¿Se han alcanzado los objetivos?

Conclusión

A través de este capítulo hemos podido conocer la técnica de la entrevista clínica como una de las herramientas más eficaces que el profesional sanitario posee para la obtención de información. Como toda herramienta,

precisa de un entrenamiento para su correcto manejo, ya que en su manejo se lleva a cabo una relación entre dos o más personas, donde se ponen en juego, tanto emociones como motivaciones, que se influyen mutuamente, pudiendo llegar a producir en el profesional un síndrome de desgaste, del cual ha de protegerse a través de la prevención y un buen ambiente laboral.

Bibliografía

- (1) Mingote, J.C. (1999). *El estrés del médico: manual de autoayuda*. Madrid: Díaz Santos.
- (2) Rogers, C. (1989). *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós.
- (3) Caballo, V. (1993/2000). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. (4ª reimpresión). Madrid: Siglo XXI.
- (4) Watzlawick, P. (1983). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.
- (5) Martín, A. (1995). *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. (3ª Reimpresión). Barcelona: Doyma.
- (6) Buela-Casal, G. (2001). *Manual de Evaluación y tratamientos psicológicos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- (7) Kozier B. (1989/2005). *Enfermería fundamental: conceptos, procesos y práctica*. (7ª reimpresión). Madrid: Interamericana McGraw Hill.
- (8) Fernández-Ballesteros, R. (2006). *Evaluación Psicológica: conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Pirámide.

Capítulo 5: La comunicación del diagnóstico en Reproducción Asistida, un momento muy especial

Pilar Dolz del Castellar. IVI- Valencia. – Agustín Moreno. Clínica Tambre Madrid - Isabel Seijo. IVI- Bilbao

Introducción

La comunicación del diagnóstico de un problema reproductivo es siempre un momento delicado y especial en la vida de las parejas. Lo que hasta ese instante era sólo una posibilidad se convierte en una certeza tras al menos seis meses o un año de intentos fallidos, desde el momento en que los pacientes se propusieron tener descendencia, múltiples pruebas diagnósticas, grandes incertidumbres y, en muchos casos, una notable presión social del entorno, “y vosotros, para cuándo...”, “se te va a pasar el arroz...”, etc. Llega el momento de hacer frente a algo para lo que muy pocas personas están preparadas: el conocimiento de que tienen algún tipo de dificultad para cumplir con su anhelado deseo de ser padres. *“A nadie se le pasa siquiera por la cabeza el que pueda tener problemas para concebir hijos. La capacidad de reproducirse se da siempre por supuesta, de ahí que se planifique con total tranquilidad.”* (M^a Carmen Juan, 2002. *No puedo tener hijos*).

El diagnóstico de un problema de infertilidad supone en todas las ocasiones un importante impacto emocional para el paciente que pondrá a prueba de manera especial las habilidades de comunicación y comprensión empática del facultativo. La noticia, aunque temida es siempre inesperada y dolorosa y supone una pérdida que la pareja afectada del problema deberá elaborar como cualquier otro tipo de duelo. Los sentimientos de vergüenza, culpa, inadecuación, fracaso y vacío probablemente aflorarán de manera casi inmediata una vez conocida “oficialmente” la noticia. Este primer impacto

emocional se verá incrementado con mucho en los casos de esterilidad de origen desconocido ya que la inconcreción de la patología reproductiva, como la de cualquier otro diagnóstico de carácter idiomático, agudiza hasta el extremo la sensación de falta de control que en las personas produce cualquier problema médico.

Aunque el mayor o menor impacto emocional del diagnóstico va a depender en gran medida de las capacidades emocionales de afrontamiento del paciente, qué duda cabe de que la adecuada transmisión de información de las causas clínicas que lo originan, que el problema puede ser abordado por medio de un tratamiento, de la comprensión empática del médico de las actitudes y sentimientos que están aflorando en ese momento, etc., puede contribuir de manera notable a potenciar la capacidad de “encaje” de la pareja ante ese *“momento especial y único que cambiará para siempre sus vidas”*

Un primer paso comunicativo: proveyendo de información y ayudando a la comprensión del problema

La comunicación del diagnóstico es siempre un parte crucial en la relación médico – paciente, un punto de confluencia del conocimiento del experto y de la expectativa del paciente sobre que tal conocimiento puede resolver en el futuro su problema de salud. De ahí el desconcierto que provoca en muchas personas la falta de “etiqueta” diagnóstica sobre lo que está ocurriendo como en los casos de infertilidad de origen desconocido. El primer y más notable dilema con el que se encuentra cualquier sanitario es el de determinar qué decir y cuánto decir. Partiendo del principio ético de que el paciente *“tiene derecho a recibir información sobre el diagnóstico, pronóstico y posibilidades terapéuticas de su enfermedad y el médico debe esforzarse en facilitársela con las palabras más adecuadas”* (Código de Ética y Deontología Médica de España. Artículo 11.1), siempre será recomendable aportar la información diagnóstica teniendo

en cuenta las características personales y sociales del paciente, desarrollando explicaciones comprensibles y tratando de controlar en todo momento el grado de comprensión logrado.

Algunas consideraciones que nos pueden ser de utilidad desde el punto de vista de la comunicación del diagnóstico a la pareja, además de las expresadas en los párrafos anteriores, son:

- Intentar determinar el grado de conocimiento previo que la pareja tiene sobre su problema.
- Dividir la información en pequeñas dosis usando siempre una secuencia lógica.
- Usar un lenguaje conciso y adecuado al nivel de comprensión de los pacientes.
- Siempre que sea posible, utilizar métodos visuales: dibujos, esquemas, modelos, etc.
- Tratar de controlar el grado de entendimiento formulando preguntas específicas en este sentido.
- Observar y utilizar el lenguaje no verbal.

Un segundo paso: Empatizando e incorporando la perspectiva del paciente

Tal y como expresamos en la introducción, el diagnóstico de un problema reproductivo supone para la pareja la apertura de una, en muchas ocasiones, profunda “crisis emocional”. Algunas de las reacciones emocionales más frecuentes tras el diagnóstico son: la aparición de sentimientos de culpabilidad, pena o vergüenza, ligados frecuentemente a procesos de ansiedad y depresión. Hay que tener en cuenta además que aún hoy en día los problemas reproductivos están rodeados de numerosos prejuicios sociales y desinformaciones de todo tipo.

Una técnica útil a la hora de desdramatizar, en lo posible, el diagnóstico de la infertilidad es aportar información adecuada sobre la fertilidad en la especie humana,

“Mucha gente piensa que es muy fácil quedarse embarazada, pero no es así. Tenemos una gran desinformación sobre nuestra sexualidad y fecundidad, en parte por los tabúes culturales, morales y religiosos que rodean el tema”... “la ignorancia sólo sirve para aumentar nuestra culpabilidad y acrecentar nuestra angustia” (M^a Carmen Juan. Obra citada).

Aunque se dispone de pocos estudios acerca de las diferencias en las respuestas emocionales a la infertilidad entre hombres y mujeres, se ha observado que la mujer tiende a verse más afectada. La tasa de sintomatología psiquiátrica es mayor en las mujeres infértiles en comparación con sus parejas. Las mujeres informan de mayor grado de estrés y tensión que los hombres después de escuchar el diagnóstico. Las mujeres a menudo sienten incompleta su feminidad. Por otro lado, para muchos hombres la infertilidad pone en entredicho su virilidad, otro atavismo cultural. De nuevo en ambos casos la aportación por parte del facultativo de la adecuada información puede disminuir mucha de la angustia que recae sobre la pareja en el momento del diagnóstico. En otras muchas ocasiones será necesario realizar una oportuna “prevención de respuesta”, anticipándose a las posibles reacciones emocionales negativas que pueden darse tras el diagnóstico. En muchos casos ofrecer a la pareja la ayuda profesional del psicólogo del Centro puede contribuir a prevenir las patologías psíquicas ya mencionadas y que están más asociadas con el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad: depresión y ansiedad.

Un tercer y último paso: abriendo perspectivas de tratamiento e involucrando al paciente

Un último paso obligado tras el diagnóstico es siempre la apertura de perspectivas realistas de tratamiento. Desde nuestro punto de vista, en este tercer paso es fundamental desde el primer momento la involucración del paciente en la respuesta o

respuestas terapéuticas que hayan de darse a su problema. Es necesario disminuir en lo posible el grado de incertidumbre. Cualquier incertidumbre no aclarada fomentará un aumento de la ansiedad y bloqueará la comunicación.

Algunos planteamientos son útiles como herramientas de comunicación para esta etapa:

- Es importante permitir al paciente la comprensión del proceso de toma de decisiones sobre el posible o posibles abordajes terapéuticos de su problema.
- Siempre que sea posible es bueno compartir nuestras propias ideas y dilemas frente al tratamiento.
- Sugiera, no de órdenes.
- Discuta las soluciones, ofrezca alternativas aportando su opinión pero en último extremo permita que sea el paciente quien elija.
- Si fuera necesario, discuta o provoque preguntas en relación con los posibles malos resultados.
- Asegúrese mediante la oportuna retroalimentación de que las cuestiones planteadas hayan sido comprendidas de manera adecuada por los miembros de la pareja. Para ello genere un entorno que permita hacer preguntas y expresar dudas.

Cuando el diagnóstico lleva implícita la necesidad de donación de gametos para resolver en problema

Para la mayoría de las personas, tener hijos biológicos forma parte de su proyecto de vida. Por ello cuando el diagnóstico indica que la única vía para conseguir el embarazo es acudir a banco de semen o de óvulos, la pareja se ve profundamente afectada.

Valores como la propia autoestima y la valía personal se van a ver profundamente

afectados, cambiará también radicalmente en muchas ocasiones el proyecto familiar inicial de la pareja.

En estos casos la aportación del consejo y apoyo psicológico a la pareja es casi siempre necesaria. Fundamentalmente se tratará de: valorar el impacto del diagnóstico sobre la pareja y cada uno de sus componentes, facilitar la expresión emocional y el duelo y sobre todo contribuir de manera eficaz a la posterior de la toma de decisiones, la aceptación o no de la donación, la posibilidad de considerar la adopción en caso de rechazo del tratamiento, etc.

En cualquier caso, para facilitar la posterior toma de decisiones es conveniente aportar a la pareja y resolver sus dudas sobre los siguientes puntos:

- Información sobre los y las donantes: ¿quiénes son? (edades, niveles de estudio, motivación para donar), estudios médicos y psicológicos que se les realizan, asignación de donantes, compensaciones económicas, etc.
- Información sobre parecidos físicos e intelectuales.
- Grado de secreto: comunicación o no al niño sobre sus orígenes.

Algunas consideraciones ante el diagnóstico de Infertilidad de Origen Desconocido

“Nosotros no sabemos porqué no me quedó embarazada, doctor. Nos han hecho una exploración completa a los dos y no han encontrado ninguna causa de esterilidad”

Como decíamos más arriba, no hay peor cosa desde la perspectiva del paciente que no exista una causa concreta y conocida para un problema de salud. Como seguramente saben nuestros lectores existe aproximadamente un 5% de parejas con este tipo de diagnóstico. Lo desconocido da miedo y el miedo en muchas ocasiones se asocia con la culpa: *“Existe la actitud generalizada de intentar determinar qué ha causado nuestra esterilidad y de desentrañar el porqué de nuestra situación. Con esta actitud sólo*

abonamos un sentimiento de culpa que puede resultar angustiante” (M^a Carmen Juan. Obra citada).

Es, en estos casos de esterilidad de origen desconocido, cuando el romper con los tabúes y desinformación de la pareja se vuelve un proceso comunicativo crítico. Aún en el supuesto de que el facultativo tenga un cierto grado de certeza de la posibilidad del origen psicógeno del problema, es necesario tratar de desdramatizar la situación haciendo ver a nuestros pacientes que difícilmente podemos ser culpables de las cosas que nos suceden de forma inconsciente o involuntaria. Asimismo, se hace imprescindible combatir la “idea irracional” de que desconocido es igual a sin solución. En estos casos más que nunca hay que intentar fomentar un cierto nivel de “sensación de control” sobre la situación, haciendo partícipes a nuestros pacientes de la información necesaria sobre los procesos terapéuticos posibles y su grado de participación en los mismos.

En ningún caso debe traslucirse de la actitud ni de las palabras del facultativo la sensación de que una posible causa psicológica es necesariamente igual a enfermedad mental, anormalidad psíquica o locura.

Bibliografía

Alves de Lima A. Habilidades de Comunicación: Un pilar básico de la competencia clínica. Rev Conaret Marzo 2003; (19), 68: 19-24.

Freeman M. Emotional and psychological factors in follow up women after IVF-ET treatment. Acte Obstet Gynecol Scan, 1985; 66: 517-21

Gonzalez L. O. Infertility as transformational process: a framework for psychotherapeutic support of infertile women. Issues in Mental Health Nursing 2000, 21, 619-633

Juan M. C. No puedo tener hijos. Barcelona, Plaza & Janes. 2002.

Lewis Cooper S., Sarasohn Glazer, E. Choosing Assisted Reproduction: social, emotional and ethical considerations. Perspectives Press, Indianapolis, IN, USA. 1998.

Moreno A., Guerra D., Baccino G., Tirado M., Jiménez V., Gil M., Dolz Del Castellar P. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en reproducción asistida. Rev. Iberoam. Fértil 2007. Reprod.Nº 1, Cap. 9

Capítulo 6: Planteamiento terapéutico y adhesión al tratamiento

Agustin Moreno. Clínica Tambre – Madrid. – Marian Gil. Zaragoza.

Algunas consideraciones generales sobre la adopción de comportamientos de los pacientes relacionados con la salud y de adhesión al tratamiento

Las personas adoptan diversos comportamientos a la hora de enfrentarse con sus problemas de salud. Se han formulado numerosos modelos teóricos para explicar y predecir los comportamientos saludables. Las investigaciones sobre el tema han revelado que son los conceptos de *intención* y *control percibido* los más consistentes a la hora de predecir comportamientos promotores de salud o de recuperación de la misma.

El concepto de intención fue formulado por primera vez por Ajzen y Fishbein en el año 1975 dentro de su *teoría de la acción razonada* y parte de la base de que el factor inmediato del comportamiento en salud es *la intención* del paciente de actuar o no. Esta teoría asume que las personas son bastante razonables y que hacen un uso sistemático de la *información* para decidir de qué manera comportarse. Por otra parte, consideran las consecuencias de sus actos antes de decidirse a adoptar un comportamiento dado.

El *control percibido* hace referencia a la percepción de control que los pacientes tienen sobre su comportamiento durante el tratamiento y que está en directa relación con la cantidad de recursos y oportunidades de los que las personas creen disponer durante el mismo.

Por otro lado, la investigación sobre las razones por las cuales las personas con un problema de salud mantienen su adhesión al tratamiento médico y sus especificaciones suelen coincidir en que no son ni la gravedad de la enfermedad, tal y como la percibe el

médico, ni la severidad de los efectos secundarios de los medicamentos lo que permite prever el grado de cumplimiento del tratamiento por los pacientes si no que, por el contrario, existen varias condiciones capaces de predecir esta cuestión:

1. Regímenes de tratamiento largos y complejos.
2. Falta de apoyo social en el cumplimiento de la terapia.
3. Percepción del paciente de la gravedad de su enfermedad.
4. La creencia del paciente de que su propio comportamiento no influye en su estado de salud
5. Una mala comunicación paciente-terapeuta.
6. Un médico poco amistoso, incompetente o autoritario.

Además, hoy en día existe suficiente evidencia empírica de que hay determinados elementos de la relación paciente – personal sanitario que contribuyen al mantenimiento de una actitud positiva y colaboradora por parte de las personas durante su tratamiento:

- La comunicación verbal entre el profesional sanitario y el paciente.
- La percepción del paciente del nivel de competencia del profesional sanitario.
- El tiempo transcurrido entre la derivación y el inicio del tratamiento.
- El tiempo que los pacientes deben esperar en la sala de espera para ser atendidos.

Conclusiones derivadas de la investigación sobre la adopción de comportamientos de los pacientes relacionados con su salud y de adhesión al tratamiento, a la hora de comunicar los planteamientos terapéuticos y de seguimiento en Reproducción Asistida (RA)

De lo expuesto en el apartado anterior sobre el cuerpo de conocimientos científicos sobre la conducta de los pacientes, tanto a la hora de elicitar conductas para el mantenimiento y recuperación de su salud como de la adhesión al tratamiento, podemos

deducir una serie de postulados útiles para el momento de la proposición por el facultativo de cualquiera de los planteamientos terapéuticos empleados en RA, así como para conseguir por parte de los pacientes una adecuada adhesión a los mismos:

1. El mensaje que el facultativo ha de emplear debe ser claro y preciso, aportando al paciente todos aquellos elementos que refuercen tanto la *intención* de actuar como el *control percibido* sobre el proceso terapéutico a llevar a cabo. Algunos de los objetivos a tener en cuenta para conseguirlo son:
 - Definir la cantidad y tipo de información que se le aportará al paciente.
 - Desarrollar explicaciones comprensibles que el paciente pueda recordar. Siempre que se pueda, es aconsejable aportar a los pacientes algún tipo de material de apoyo escrito en forma de guías para pacientes, material gráfico, instrucciones, etc., que sirva como apoyo a la pareja entre consultas.
 - Generar un sistema de interacción con el fin de evaluar la comprensión del problema, escucha activa y retroalimentación
2. Incorporar la perspectiva del paciente. Explorar y entender el proceso desde la perspectiva del paciente y entorno, discutiendo las opciones si las hay y aportando información sobre los procedimientos médicos a emplear, incluyendo lo que va a pasar y qué puede llegar a sentir.
3. Involucrar al paciente y planificar en forma conjunta los planes a desarrollar con el fin de mejorar su compromiso y adherencia al tratamiento, generando un entorno que permita al paciente hacer preguntas y expresar dudas. Discutir o provocar preguntas en relación a los posibles resultados.
4. Construir un vínculo duradero y proveer de un entorno de ayuda y comprensión. Fijar claramente, por ejemplo, las normas si las hubiese de la posibilidad de

acceso del paciente al facultativo, para la resolución de dudas u otras cuestiones que preocupen al paciente en el periodo interconsultas: llamadas telefónicas, correos electrónicos, consultas al personal de enfermería, información sobre resultados. etc.

La comunicación de los diversos planteamientos terapéuticos en RA y la adhesión al tratamiento

1. Inseminación Artificial

La inseminación artificial suele ser la primera técnica terapéutica en RA a la que recurren muchas parejas, es para muchos de los pacientes, por lo tanto, su primer contacto con los planteamientos terapéuticos tras el diagnóstico de infertilidad. Al tiempo, en muchas ocasiones, es también la primera vez en la que las personas afectas de infertilidad entran en contacto con términos tales como: inducción a la ovulación, clomifeno, gonadotropinas, tasa de gestación, etc. Un nuevo lenguaje y un alto contenido emocional, quizás sean las características más relevantes de estos primeros tratamientos.

“Tras el shock emocional que supone saber que no se podrán tener hijos tal y como se ha planteado, se añade la angustia de aterrizar en un medio que a la mayoría de nosotros nos es desconocido: el mundo de la sanidad. Los médicos hablan con soltura de cosas que no entendemos, usan términos totalmente nuevos para nosotros y nos sentimos intimidados a reconocernos totalmente ajenos a las circunstancias que nos rodean. La actitud más habitual es la inhibición. No preguntas, no opinas, no aclaras y acabas llevándote a casa las dudas y la angustia que las acompaña” (M^a Carmen Juan, 2002. No puedo tener hijos).

El escollo del nuevo lenguaje, aportando información comprensible para el

paciente: Es de sobra conocido el hecho de la existencia de múltiples problemas de comunicación entre médicos y pacientes. *“Más del 50% de los pacientes consideran que sus problemas no son resueltos durante la consulta”. “La satisfacción del paciente está directamente relacionada con la cantidad de información que él percibió, que recibió de su médico”* (Dr. Alves de Lima. A. 2003. Habilidades de comunicación: Un pilar básico de la competencia clínica).

Ya hemos comentado en los apartados anteriores que algunos elementos pueden contribuir al objetivo de una mayor comprensión por parte de los pacientes de los planteamientos terapéuticos que se les proponen:

- Dando el tipo y la adecuada información a cada paciente. Para ello es conveniente determinar cuál es el grado de conocimiento previo que el paciente tiene del problema, lo que nos permitirá acotar la información a suministrar, que siempre debe ser definida de acuerdo con las necesidades de cada paciente. Es recomendable suministrar la información en bloque y siempre controlando el grado de comprensión, utilizando explicaciones claras, con lenguaje corriente y no eludiendo ninguna de las preguntas que formule la pareja.
- Empleando y aprovechando los signos tanto del lenguaje verbal y no verbal.
- Generando oportunidades para que hagan preguntas.
- Haciendo de la información algo fácil de entender y recordar. Tenga en cuenta el estado de ánimo del paciente: *“...he seguido las instrucciones al pie de la letra pero yo no sé hacer estas cosas, a duras penas me acuerdo de todas las instrucciones del médico... suerte que me lo apuntó todo”* (M^a Carmen Juan, Obra citada).

Moderando el contenido emocional: *“El inicio de los tratamientos supone un momento de máxima tensión. Se trata de indicaciones médicas que resultan extenuantes y que suponen para la mujer, el miembro más activo de la pareja en el proceso, una combinación de sentimientos de ira, frustración, ansiedad y victimización”* (M^a Carmen Juan, Obra citada).

Las propias palabras de la periodista M^a Carmen Juan, que pasó por la experiencia de diversos tratamientos de reproducción asistida, pueden ilustrar muy bien cuáles son los estados de ánimo de los pacientes en su primer contacto con los tratamientos de infertilidad: sentimientos de ira, ansiedad, tristeza, etc. En su relación terapéutica con la pareja, el sanitario puede contribuir a disminuir mucha de esta dolorosa carga emocional en la propia comunicación. Muchas veces los gestos de atención, la escucha activa de las emociones de los pacientes o el lenguaje cercano, hacen que la persona afectada del problema, al sentirse comprendida y valorada por el profesional, adopte una posición de afrontamiento activo, que como bien sabemos es la mejor forma para navegar por el tobogán emocional que supone el tratamiento.

Como sanitarios, nuestros peores enemigos desde el punto de vista comunicativo cuando tenemos a los pacientes delante son: las prisas, el lenguaje técnico impersonal, la contradicción entre lo que decimos verbalmente y lo que expresamos con nuestra conducta.

Hay dos objetivos terapéuticos esenciales en estas primeras consultas: el de involucrar al paciente en su propio tratamiento y el de tratar de construir un vínculo duradero proveyendo un entorno de ayuda y comprensión.

2. Fecundación in Vitro

La Fecundación in Vitro (FIV) es el siguiente planteamiento terapéutico ante sucesivos fracasos en Inseminación Artificial. Suele ser, aunque no es la única posible, la técnica a la que se recurre en patologías tubáricas bilaterales o insuficiente número de espermatozoides, por ejemplo. En esta fase del tratamiento podemos aplicar las indicaciones expuestas anteriormente sobre la necesidad de adecuar la información a la comprensión del paciente y la pertinencia de aportar aquella información que sea relevante en cada momento, así como moderar el contenido emocional. No obstante, al iniciar un tratamiento de FIV debemos tener en cuenta ciertos aspectos comunicacionales específicos a este tipo de tratamiento:

- El fracaso repetitivo en los anteriores intentos de resolución del problema reproductivo por medio de la Inseminación Artificial supone, en la mayoría de las ocasiones, un incremento en la tensión emocional con la cual los pacientes se enfrentan a la nueva técnica. Esto obliga al facultativo a aumentar si cabe los aspectos comunicativos encaminados a la demostración empática de la vivencia de los pacientes, a la hora de afrontar su dificultad del cumplimiento de su deseo de ser padres. La empatía, como sin duda se conoce, para ser efectiva incluye siempre un proceso en dos etapas: por un lado entendimiento y comprensión de las apreciaciones y sentimientos de la otra persona y, por otro, comunicación de ese entendimiento al paciente.
- En lo que se refiere a la información que proporcionamos a los pacientes debemos tener en cuenta que, aunque en la mayoría de las ocasiones son pacientes que ya llevan tiempo en tratamiento, se enfrentan a una técnica desconocida para ellos, lo que conlleva la necesidad de aportar la suficiente información médica sobre el procedimiento y el asegurarse de la comprensión y satisfacción sobre la información dada.

- Además de asegurarse de que los pacientes entiendan el protocolo terapéutico es conveniente definir los objetivos alcanzables y aquellos que no lo son, reconociendo las limitaciones de la técnica y las tasas orientativas de éxito según su caso concreto.
- El aportar también información acerca de los efectos secundarios, como pueden ser los embarazos múltiples y sus riesgos asociados, la posible hiperestimulación ovárica y sus síntomas o los cambios de humor y cognitivos causados por alguna medicación, y, en último término, sobre la repercusión del tratamiento en la salud de sus futuros hijos, ayudará a los pacientes a reducir la incertidumbre, inseguridad y ansiedad en el proceso y facilitará la toma de decisiones.
- Una información pertinente expresada de la forma adecuada facilitará a los pacientes la comprensión de las implicaciones que conlleva el tratamiento y ayudará a la participación en la toma de decisiones, aspectos a tener en cuenta por el equipo médico en momentos como la decisión del número de embriones a transferir o la de finalizar el tratamiento.
- Otro tema importante a tener en cuenta ante una pareja que se está sometiendo a un tratamiento FIV es la sexualidad. Es frecuente que este tipo de pacientes refieran disfunciones sexuales durante el diagnóstico y tratamiento. Por ello es conveniente que durante el tratamiento se cree en consulta una atmósfera de respeto y confianza donde se puedan abordar, tanto las cuestiones relacionadas con el tratamiento (por ejemplo, la masturbación para la obtención de la muestra de semen o la no pertinencia de práctica sexual durante momentos específicos del tratamiento) como aquellas relacionadas con la experiencia particular de los pacientes, de forma que se permita la expresión de los problemas sexuales que pudieran existir, la identificación de los factores que pudieran contribuir y, en

último término, ayudar al paciente a reconstruir su sexualidad como fuente de placer.

- Durante un tratamiento de FIV en ocasiones se puede presentar la dificultad de tener que afrontar el cese del mismo. En primer lugar, el médico debe comunicar las razones por las cuales se llega a esta situación y facilitar la expresión del significado que atribuyen los distintos miembros de la pareja a la finalización del mismo, así como la repercusión que puede tener en sus vidas. También es conveniente reconocer la propia incapacidad en la consecución del objetivo y por último proponer alternativas.

3. Donación de gametos

“La donación de gametos (bien sea de espermatozoides o de óvulos) representa el último escalón en reproducción asistida. Por lo que de especial tiene en sí, esta situación de la pareja debe contemplarse como algo aparte dentro de las Técnicas de Reproducción” (SEF, 1999, Esterilidad: guía para pacientes).

Este entresacado de la Guía para Pacientes de la Sociedad Española de Fertilidad clarifica, a nuestro juicio, el punto de partida de las dificultades comunicativas que tiene la proposición terapéutica de la donación de gametos. El ajuste emocional que la pareja tiene que realizar a la hora de enfrentarse a la posibilidad de que, para cumplir con su deseo de ser padres, tienen que recurrir a los gametos de un tercero, resalta todavía más la necesidad de una especial habilidad comunicativa por parte del facultativo a la hora de proponer esta técnica. Tanto para el varón como para la mujer la imposibilidad de concebir supone una gran decepción.

Existen una serie de preguntas comunes a los dos miembros de la pareja a la hora de enfrentarse con la decisión de aceptar o no este planteamiento terapéutico:

1. Quiénes son los donantes y cómo se controla su estado de salud.
2. El parecido físico y la importancia de la carga genética.
3. Las dudas del tipo ¿en el futuro, querré a mi hijo/a?

Estas preguntas no han de quedar sin respuesta, en ningún caso, si no son formuladas abiertamente por la pareja, el profesional sanitario debe intercalarlas en la conversación, abordando la cuestión abiertamente y como el mejor medio de facilitar la posterior decisión de los pacientes a la hora de aceptar o no el tratamiento.

Asimismo y como comentábamos en los apartados anteriores, será necesario abordar las “creencias irracionales”, si existiesen, que ligan reproducción y sexualidad, dejando claro, por ejemplo, en el caso de los varones, la falta de relación entre esterilidad e impotencia o, en el caso de las mujeres, la esterilidad con la falta de feminidad, ya que a pesar de la abundante información circulante existe aún un importante componente atávico que relaciona la esterilidad femenina con la minusvaloración de la mujer.

Por último, debe tranquilizarse a la pareja en el sentido de que no pasa nada si demoran durante algún tiempo la decisión sobre la aceptación o no de la donación y se debe en todos los casos dejar la puerta abierta del conjunto del equipo sanitario para aportar toda la información científica disponible, que contribuya a la toma de decisión. En casi todos los casos será necesario prestar un adecuado soporte emocional por el psicólogo del Centro.

Otro punto a tener en cuenta desde una vertiente comunicativa es la transmisión, tanto verbal como no verbal, de la seguridad de que la no aceptación por la pareja o alguno de sus miembros de la donación no supone en ningún caso incorrección alguna, con el fin de eliminar cualquier tipo de culpabilización posterior por la negativa a la aceptación de la técnica, incluso abordando abiertamente la posibilidad futura de dar cumplimiento al deseo de maternidad/ paternidad recurriendo a la adopción.

Bibliografía.

Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 1991, 50,179-211.

Ajzen I., Fishbein, M. *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. 1980.

Alves de Lima A. Habilidades de Comunicación: Un pilar básico de la competencia clínica. *Rev Conaret Marzo 2003; (19), 68: 19-24*.

Brannon L., Feist. J. *Psicología de la Salud*. Madrid, Paraninfo. 2001.

Grupo de Interés Psicología Sociedad Española de Fertilidad. Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en reproducción asistida. *Rev. Iberoam. Fértil 2007*

Sociedad Española de Fertilidad. *Esterilidad: Guía para Pacientes*. Madrid, 1999

Juan M. C. *No puedo tener hijos*. Barcelona, Plaza& Janes. 2002.

Capítulo 7: Como dar las malas noticias

M^a del Mar Tirado (IVI SEVILLA), Diana Guerra (IVI BARCELONA), Jacoba Cruz (FIV MADRID), Montse Roca (QUIRÓN BARCELONA)

7.1. INTRODUCCIÓN

Podemos definir las malas noticias como aquellas que modifican radical y negativamente la idea que el paciente se ha hecho de su porvenir. La fuerza de la impresión recibida por el enfermo dependerá de la disparidad entre las esperanzas del individuo y la noticia que ha recibido.

Ser poco hábiles dando malas noticias puede generar un sufrimiento añadido innecesario en la persona que la recibe y un deterioro en la relación sanitario-paciente posterior. Por el contrario, saber manejar las malas noticias puede disminuir el impacto emocional en el momento de ser informado, permitiendo ir asimilando la nueva realidad poco a poco y afianzar la relación médico-paciente.

En nuestra opinión, la categoría de malas noticias debe ser otorgada fundamentalmente por quien la sufre, ya que es posible que una misma noticia sea tomada de forma diferente por personas distintas. Por ejemplo, la necesidad de recurrir a un tratamiento con donación de óvulos, no es vivida de igual forma por una mujer de 44 años (que había descartado la posibilidad de ser madre a su edad) que por otra de 31 (que nunca se había planteado que a esa edad pudiera tener una menopausia precoz que le impidiera tener hijos con sus propios gametos).

Si bien en la Medicina de la Reproducción la información con la que trabajamos no supone una amenaza física y real para la vida de las personas, en muchas ocasiones,

sí que altera enormemente el proyecto de vida que los pacientes se habían marcado. A esto se le une lo inesperado de la noticia, y las connotaciones que, a nivel social, conlleva el hecho de tener un problema de infertilidad.

El profesional debe buscar un tiempo sin prisa, sobre todo en la notificación de malas noticias, para, tras informar, responder inicialmente a las emociones que se van a despertar en el paciente. Intentar que no le pasen llamadas telefónicas, ofrecer un tiempo de calidad, sentarse junto o enfrente del paciente y decirle con la mirada: "aquí estoy, vengo a contarte lo que pasa y a apoyarte en todo lo que pueda".

Al hablar de cómo informar se intentará que el lenguaje verbal (lo que se dice), el paralenguaje (el tono que se utiliza) y el lenguaje no verbal sean coherentes. Es conveniente dar la información usando frases cortas y un vocabulario lo más neutro posible. Ejemplos de esto son "no curable en lugar de incurable, donante en lugar de padre o madre genético". Hay que asegurar la bidireccionalidad, es decir, facilitar que el paciente pregunte todo lo que desee, adaptando la información en cantidad y cualidad a las emociones del paciente. En estos casos la información es un proceso y no un monólogo duro del profesional.

Al finalizar las entrevistas es muy importante resumir todo lo que se ha dicho, asegurándose de que el paciente ha entendido bien lo que se ha querido transmitir. Este momento final de la visita es el adecuado para dar toda la esperanza e información positiva de que se disponga, siempre sin mentir. El profesional siempre debe transmitir un sentimiento de continuidad (así los padres no se sentirán abandonados), de coherencia entre los diferentes profesionales que les atienden y de calidad de los vínculos de confianza que se establecen entre paciente y equipo médico.

Según El Dr. Gómez Sancho¹, a la hora de dar una mala noticia, se deben tener en cuenta, entre otras, las siguientes consideraciones:

1. ESTÉ ABSOLUTAMENTE SEGURO DE LA INFORMACIÓN QUE VA A DAR.

Aunque parece obvio, este punto es primordial. Antes de dar cualquier tipo de información negativa debemos asegurarnos de ella y tener un conocimiento claro de lo que le debemos transmitir al paciente.

2. BUSQUE UN LUGAR TRANQUILO

El contexto en el que se desarrolle la información tiene mucha importancia. En la medida de lo posible debemos evitar dar información negativa por teléfono. El lugar más apropiado es la consulta, evitando cualquier interrupción. A ser posible, deben estar presentes ambos miembros de la pareja y, el médico, debe disponer de tiempo para sus pacientes. El tiempo, la dedicación y nuestra disponibilidad, es una de las mejores cosas que podemos ofrecer a los pacientes.

3. EL PACIENTE TIENE DERECHO A CONOCER SU SITUACIÓN

El paciente tiene derecho a que se le dé, en términos comprensibles, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento. Si bien, no

¹ Gómez Sancho, M. (2000): “Cómo dar las malas noticias en Medicina”. Arán Ediciones. Madrid.

todas las verdades deben ser dichas de cualquier modo y en cualquier momento. A la verdad siempre debe accederse mediante una relación entre dos personas en la que el juicio del profesional debe acompañarse de la voluntad de abrirse del otro. Cada persona requiere su tiempo.

4. NO EXISTE UNA FÓRMULA MAGISTRAL

Más bien se trata de un arte. Existen tantas formas de dar malas noticias como médicos y pacientes. A medida que se va dando la información, hay que tener en cuenta las reacciones del paciente ante la noticia e irse acomodando a ellas. Cada individuo reacciona según una mezcla única de miedos e inquietudes. Su reacción dependerá mucho de su biografía y de su modo de vida y, en definitiva, de su personalidad. Esta diversidad de reacciones hace imposible generalizar.

5. AVERIGÜE LO QUE EL PACIENTE SABE

Es preciso hacerse una idea de lo que el paciente sabe de su problema, de su importancia y de las implicaciones que éste tiene para el futuro. Esto requiere gran atención y capacidad de escucha por parte del médico. Preguntando al paciente, podemos llegar a conocer:

a. *Lo que el paciente comprende de su situación desde el punto de vista médico.* A veces manifiesta que no se le ha dicho nada hasta ese momento. Esto puede ser verdad o no, pero no debemos discutirlo sino interpretarlo como una negación y aclararle las dudas que nos plantee.

b. *Cómo se expresa el paciente.* Su estado emocional y su nivel de educación se deducen mucho de su forma de expresarse. Esta valoración determinará el nivel de expresión dónde el médico deberá situarse para dar informaciones posteriores.

c. *El contenido emocional de los mensajes del enfermo.* Diferenciamos dos tipos de mensajes: *el mensaje verbal*, que permite la representación de las emociones de las que el enfermo habla y nos ayuda a conocer lo que evita decir, y *el mensaje no verbal*, que suministra mucha información sobre el estado real de ánimo del sujeto. Es importante detectar las discrepancias entre mensajes verbales y no verbales.

6. AVERIGÜE LO QUE EL PACIENTE QUIERE SABER

Se debe dar la oportunidad al paciente de que pregunte. Así iremos sabiendo qué es lo que quiere saber y a qué ritmo. La mayoría de las veces, el deseo de conocer la verdad surge de forma más o menos insidiosa y paulatina. Otras veces, la angustia por la situación, por la tardanza en conseguir embarazo o por los fracasos de tratamientos acumulados, hace que el paciente abrume al médico con miles de preguntas sobre su caso, aún a veces, sin estar totalmente preparado para recibir las respuestas.

Hay que ser muy cauteloso y analizar el hecho de que haya pacientes que no pregunten nada. ¿Ha tenido realmente la oportunidad de preguntar? Muchas veces se dispone de poco tiempo para los pacientes y es difícil que se establezca un clima que provoque y favorezca la comunicación, más aún si hablamos de pacientes a los que les cuesta trabajo expresarse. Una vez que el paciente se encierra dentro de sí mismo es mucho más difícil restablecer la comunicación.

7. AVERIGÜE LO QUE EL PACIENTE ESTÁ EN CONDICIONES DE SABER

En este sentido, diversos autores hablan de "la verdad soportable" que significa respetar el ritmo del paciente en su deseo y/o capacidad para ser informado y la aceptación de sus ilusiones y esperanzas sin fomentarlas.

8. OFRECER ALGO A CAMBIO

Informar al paciente sobre una mala noticia supone el compromiso posterior de ayudar a integrarla, de compartir las emociones que le surjan, de acompañarle en la soledad interior, de caminar juntos hacia la mejor solución para su caso. Habrá que hacerle comprender que el equipo no le va a abandonar y que él es importante para el equipo. Al paciente se le debe ofrecer el trabajo y la dedicación del equipo. En el tema de la reproducción asistida, a menudo surgen muchas dudas y fantasías sobre la forma de proceder de los sanitarios (tanto médicos como biólogos). Es muy importante que el paciente tenga confianza absoluta en el equipo que le atiende y no dude de su profesionalidad y su buen hacer.

9. NO DISCUTIR CON LA NEGACIÓN O RESISTENCIAS QUE PLANTEE EL PACIENTE

La negación es un mecanismo adaptativo. Supone la revisión o reinterpretación de una parte de una realidad dolorosa, evitando lo que pueda resultar amenazante y aferrándose a la realidad previa. Una negativa persistente puede significar que la persona no está preparada para el diagnóstico. Las ambivalencias, escapadas de la realidad, también hay que respetarlas porque

señalan que se necesita salir de una realidad muy dolorosa. Respetémoslas sin propiciarlas.

10. NO ESTABLECER LÍMITES NI PLAZOS SEGUROS

Aunque gracias a los avances técnicos, la gran mayoría de los problemas de reproducción se resuelven, nunca debemos establecer plazos seguros sobre la resolución de un caso. Sí podremos hablarle al paciente de las probabilidades de solución de cada situación, pero sin poder hablar de un éxito asegurado. La incertidumbre que genera vivir con la duda de si finalmente llegarán a ser padres, es uno de los aspectos más dolorosos de esta situación. Ofrecer una respuesta empática que legitime el sufrimiento ante esta incertidumbre, ayuda a acercarnos al paciente. Por ejemplo: “Comprendo que debe ser muy duro no saber con seguridad lo que va a pasar ni cuando, pero, en cualquier caso, aquí estaremos para ayudarle a conseguir su objetivo”.

11. NO DECIR NADA QUE NO SEA VERDAD

La autenticidad, honestidad y claridad es indispensable para la confianza mutua entre médico y enfermo. Para el paciente, también es reconfortante saber que su médico controla la situación, a pesar de que, en ocasiones, la información que le dé no sea realmente buena, y que le hace partícipe de las decisiones.

12. TENER EN CUENTA LA AMNESIA POSTINFORMACIÓN

Es muy probable que después de comunicar a un paciente un diagnóstico con pronóstico muy desfavorable o una mala noticia, no recuerde nada de lo que se hable a partir de ese momento. En esos momentos, el paciente aturdido suele

empezar a hacerse las preguntas de rigor que le impiden seguir escuchando la explicación o indicaciones que se le está dando: “¿por qué yo?, ¿nunca llegaré a ser padre?, ¿cómo voy a soportarlo?...”. El médico debe ser consciente de ello y, en caso de que se estime oportuno, emplazar al paciente para otra consulta o, incluso darle la posibilidad de que le llame por teléfono en los días siguientes para aclararle cualquier aspecto de la información que le acaba de dar.

7.2. INFORMAR AL PACIENTE DE UN RESULTADO NEGATIVO DE LA PRUEBA DE EMBARAZO

El equipo de Medicina reproductiva ha de manejar muy frecuentemente esta noticia. No siempre ha de dar esta noticia a los pacientes, ya que algunos pacientes pueden hacerse una prueba de embarazo externa y ser ellos quienes lo comunican a su médico. Con gran frecuencia, la llegada de la menstruación es la que anuncia el no embarazo.

Cada centro de medicina de la reproducción trabaja de manera diferente, por lo que no siempre es el médico quien comunica un test de embarazo negativo a su paciente. En ocasiones puede ser la enfermera u otra persona del equipo quien se encargue de transmitir la mala noticia. De hecho, los pacientes suelen estar avisados y conocer que la posibilidad de que no haya éxito en la prueba de embarazo es alta.

La reacción a esta noticia, cómo a cualquier otra mala noticia dentro del campo de la reproducción asistida, y cómo explicárselo al paciente dependerá de

varios factores, entre ellos: la edad de la paciente, la reiteración del problema, los deseos reproductivos, la posible asociación de esterilidad de la pareja., y la personalidad de cada uno de los miembros de la pareja o de la mujer sola

Consideramos que cuando los pacientes han llegado a hacerse un test de embarazo por no haberse producido la menstruación, debieran recibir la noticia a través del médico que lo hayas llevado durante el tratamiento. Esto no es siempre posible, pues a veces son los técnicos de laboratorio o la enfermera e incluso, otro médico, quien dará el resultado del test. En muchas ocasiones esta noticia se da por teléfono y no personalmente, por la dificultad que supone el desplazamiento hasta el centro. En cualquier caso, tal y como se aconseja durante todo este texto, el profesional debiera:

- tener muy clara la información que va a dar y los antecedentes del caso
- disponer de tiempo y evaluar el alcance de la noticia que va a dar según la información que posea
- preparar la estrategia de afrontamiento que va a recomendar a los pacientes ante la mala noticia.

Transcribimos un diálogo que se produce diariamente en los centros de Medicina de la Reproducción:

- “Lo siento mucho Sra....., acabo de recibir su prueba de embarazo y ha resultado negativa, lo cual quiere decir que no esta Vd embarazada.”
- La paciente expresa disgusto y malestar.

- “Entiendo su malestar y me gustaría que hubiera podido notificarle algo mejor, pero estoy seguro de que ese momento llegará.”
- La paciente hace una negación diciendo que todavía no le ha venido la regla y que tal vez el test esté equivocado.
- “Me temo que no es así, de hecho es normal que Vd. no haya reglado todavía por la medicación que estamos dándole, pero en cualquier caso, podemos repetir la prueba en pocos días si no le hubiera venido la regla.”
- La paciente llora y vuelve a contactar con el shock que le produce la noticia y pide una explicación.
- Dependiendo del caso, el médico deberá dar su opinión sobre las causas de que no haya embarazo o sobre las posibilidades de abordaje posterior. Si no se trata del médico de los pacientes y es otro profesional quien está manejando la mala noticia, deberá remitirla a su médico para posterior consulta.
- Finalmente, el médico describirá los pasos a corto término que deberá seguir la paciente y especificar muy bien cuales son sus expectativas con respecto a la evolución de los próximos días del estado físico y emocional de la paciente. Emplazarlos para verlos o hablar telefónicamente pronto y a ser posible, mencionar alguna estrategia de afrontamiento activa. Un ejemplo de estas serían:
 - “Deje este tema en nuestras manos por el momento y distráigase estos días todo lo que pueda con su pareja (familia). Cuando volvamos a hablar, buscaremos juntos nuevas soluciones.”
 - “Le recomiendo que lea este libro para que se de cuenta de que esto sucede con frecuencia pero que tiene solución”

- “Creo que le iría bien conocer a otra gente que le ha ocurrido lo mismo y que finalmente han logrado lo que querían”

7.3. INFORMAR DE LA MALA CALIDAD OVOCITARIA

Estado de los pacientes en el momento de recibir la información

Una de las causas más comunes de infertilidad en las mujeres está provocada por la deficiente calidad de sus óvulos. Las pacientes tras haberse sometido a pruebas para evaluar la calidad de los óvulos, pueden llegar a consulta con niveles de ansiedad altos dado que los resultados podrían ser el comienzo de diferentes tipos de tratamiento, para los que desconocen si están o no preparadas.

El estado emocional puede determinarse teniendo en cuenta varios aspectos que hayan sido observados como relevantes en entrevistas anteriores: nivel de ansiedad, lenguaje referido a la culpa, grado de complicidad con la pareja, apoyo o exigencia recibido por la misma y nivel de negación/aceptación ante el posible diagnóstico.

El médico puede encontrarse con situaciones en las que la mujer con baja calidad ovocitaria puede sentirse responsable de que su pareja, que no tiene problemas de infertilidad, no pueda tener hijos biológicos de forma natural. También aparece la ansiedad cuando existe la creencia de que no habrá solución posible, la sensación de no sentirse entendida por los demás ante la pérdida de haber tenido un hijo de forma natural quedando anclada en el aislamiento y el miedo a lo

desconocido que puede generar pensamientos que dificulten la comunicación y favorezcan la soledad.

Entrevista médico-paciente

Es útil hacer uso de un protocolo para informar de los resultados de una baja calidad ovocitaria que tenga en cuenta los recursos adaptativos de la pareja para afrontar las emociones que pueden surgir.

- Valoración de los conocimientos previos: con objeto de corregir cualquier información equívoca y personalizar la información concordándola al nivel de comprensión de la pareja.
- Ajustar el ritmo para recibir y aceptar información con la pareja: Si la pareja necesita y quiere más información utilizará preguntas como “¿Qué quiere decir exactamente?”. Si en ese momento no pueden recibir más información probablemente dejarán la decisión al equipo médico, como expertos.
- Explicar el diagnóstico: Descripción de los resultados, utilizando términos sencillos y claros, apoyados con frases cortas explicativas y material visual que potencie la asimilación de información.
- Recibir las emociones: Las emociones se reciben con la tranquilidad de no tener que frenarlas, transformarlas o negarlas, sino dejándolas surgir. De esta manera se legitima, comprende y normaliza a la pareja. Frases del estilo que se detallan a continuación, pueden ayudar al médico a manejarse con ellas:

“Tras saber que la calidad ovocitaria es baja, es normal tener sentimientos de este tipo ...”, “ Es algo que probablemente antes no se había planteado...”,

“Debe ser difícil para ambos ..”, “ Seguro que habrá cosas en las que querrán indagar más, aunque no sea este el momento...”

Si tras la noticia, la incertidumbre se transforma en angustia, el médico puede servirse de la habilidad para resumir lo hablado hasta ese momento, comprobar lentamente qué es lo que han comprendido y por último comenzar con la formulación de las alternativas.

- Posibles alternativas de tratamiento: Es bueno ser optimista sin salir de la realidad observada. Expresiones como la que se describe puede resultar útil antes de explicar las opciones: “En la actualidad existen una gran variedad de tratamientos para mejorar la fertilidad, a los que podría someterse y que además le ayudarán a conseguir un embarazo”

El psicólogo o consejero emocional es la figura más adecuada para este tipo de abordaje. En una situación emocional alterada es recomendable repetir los mensajes varias veces ya que los canales de comunicación se ven alterados.

A la hora de explicar los tratamientos, es preciso explicar bien y situar en el tiempo los controles analíticos y ecográficos que deben hacerse ante cada opción.

7.4. INFORMAR AL PACIENTE DE LA AUSENCIA DE EMBRIÓN TRAS LA PRIMERA ECOGRAFÍA O DE UN ABORTO EN UNA REVISIÓN POSTERIOR

La información de la pérdida del embrión o de un aborto en las primeras semanas ocurre dentro del período de control que se somete la mujer en el centro de reproducción asistida, siendo por tanto tarea de este equipo comunicar la noticia.

A pesar de que al inicio del tratamiento el médico ya informó del porcentaje de éxitos de los tratamientos, entendiendo como éxito un bebé sano en casa, los pacientes tras un resultado positivo en la prueba del embarazo creen, en su mayoría, que sus deseos ya han sido logrados. Es por ello esta situación que nos ocupa es un momento especialmente difícil.

La comunicación de esta noticia debe ser: Neutra pero empática, con ausencia de interpretaciones personales, pero mostrando nuestra comprensión y soporte. Sintética, limitándonos a los hechos comprobados, obviando consideraciones teóricas. Inteligible adecuando nuestro lenguaje a los pacientes y suficiente para ayudar a la toma de decisiones.

Las parejas en este momento nos piden explicaciones de lo ocurrido que en muchas ocasiones no nos es posible dar. Lo que sí podemos facilitar es la toma de decisiones respecto a repetir el mismo tratamiento o recurrir a otro tipo de técnicas, u otros caminos como abandonar la reproducción asistida y pasar a la adopción por ejemplo.

Las parejas que están en reproducción asistida a diferencia de las parejas no estériles saben del coste de reiniciar el proceso. Al dar la información debemos ofrecer una perspectiva profesional, lo menos negativa posible del suceso. En este sentido, el Dr. José M^a Gris del Hospital Universitario Valle Hebrón de Barcelona nos comenta que, según su experiencia, si la paciente es mayor, el argumento que produce una

amortiguación por el duelo por la pérdida embrionaria es que la naturaleza es capaz de detectar anomalías embrionarias a tiempo de que la evolución y desarrollo de un futuro malformado, en un sentimiento de maternidad más desarrollado, no suponga un mayor impacto físico (legrado, interrupción) o psicológico. Si la mujer es joven, la edad es un posible factor de esperanza porque tiene tiempo de volver a quedar embarazada, y además puede argumentarse lo mismo que para las mujeres mayores.

Tras el aborto, los argumentos son prácticamente los mismos. La diferencia es que posiblemente la paciente ha podido ver el embrión en ecografías, y el sentimiento de maternidad está más arraigado.

Los abortos que se producen tras un tratamiento de esterilidad, tienen una connotación importantísima de “fracaso” del tratamiento. Debemos abrir una puerta a la esperanza en el sentido de que hemos podido demostrar que es capaz de gestar, pero, al igual que en el primer caso, la naturaleza ha detectado la anomalía. Hemos de dejar claro que en las pacientes no estériles, los abortos espontáneos también se producen (la tasa es de alrededor del 15%) lo cual ayudará a desestigmatizar a los pacientes estériles.

En el caso del aborto aún de pocas semanas, hemos de tener en cuenta que la elaboración del duelo es muy particular porque se basa en la pérdida de lo desconocido, las fantasías e ilusiones sustituyen a los recuerdos reales en los que se basan los duelos, Es el sentimiento más negativo es el miedo a la imposibilidad de engendrar.

Si se trata de una paciente con múltiples abortos, se le ha de ofrecer el estudio de las posibles causas para poder tratar de evitar nuevos abortos. A pesar de que siempre hemos de explicar que en muchas ocasiones no se puede determinar

una causa. En este caso sería necesario aconsejar acudir a las DGP (diagnóstico preimplantacional) o en

caso de que la mujer tenga una edad avanzada podemos sugerir la donación ovocitaria o la adopción.

Tanto en el caso de no latido en la primera ecografía como en el del aborto, el ginecólogo debe de tratar la situación con la máxima delicadeza y ofrecer la posibilidad de la visita al psicólogo del equipo si los pacientes lo creen necesario. En estas circunstancias es extremadamente importante estar apoyado tanto desde el punto de vista médico como desde el emotivo.

Cualquier actitud recibida en este momento por parte de algún miembro del equipo médico puede fácilmente girar la frágil balanza de la autoestima y del sentimiento de competencia como madre y como padre hacia un solo sentido (negativo o positivo). En el sentido negativo, se puede perder un terreno muy valioso en cuanto a la confianza hacia si mismo en muy poco tiempo y que es muy difícil recuperar después, en otro tiempo. A la vez, la fuerza positiva existente en la pareja puede rescatarse y ser reconocida, por más precaria que ésta pueda ser.

Muchos pacientes, ante esta situación, presentan una serie de sentimientos positivos que le ayudan a manejar el problema. A menudo se sienten acompañados, acogidos, respetados, entendidos, escuchados, valorados, capaces y con confianza en sí mismos. Por el contrario, algunos de los sentimientos más negativos que a menudo refieren estas parejas son: culpa, sensación de fracaso, ruptura con la situación, injusticia (“¿por qué a nosotros?”), soledad, rechazo, abandono, aislamiento, dificultad para comunicarse...

Los profesionales de la unidad de reproducción tienen sus propios sentimientos frente al hecho de obtener el éxito en sus objetivos que como hemos dicho es tener un niño sano. El no haber alcanzado el objetivo puede tener un impacto negativo en ellos que a su vez puede repercutir a la hora de dar la información a unos padres frustrados.

El hecho de una pérdida embrionaria o aborto suele ser un factor de riesgo para ansiedad en posteriores embarazos. Al mismo tiempo que existe un gran e inmediato deseo para lograr otro embarazo, el miedo a que vuelva ocurrir está muy presente. Cuando finalmente se produce el tan ansiado embarazo, los sentimientos de alegría son negados por la pareja que intenta evitar comunicarlo a familia y amigos llegando a extremos como no preparar el espacio físico en la casa, ropa etc. Incluso en el tercer trimestre de embarazo. El como hayamos sido capaces de comunicar en su momento la pérdida y el camino que abrimos a la esperanza tendrá también aquí su importancia sirviendo de punto de apoyo a la pareja para afrontar con éxito este embarazo posterior.

