

Efecto de un curso relacional sobre la elección de respuesta espontánea e identificación de respuesta empática en alumnos de Medicina

J. C. BERMEJO HIGUERA, R. CARABIAS MAZA, M. VILLACIEROS DURBÁN, R. M. BELDA MORENO

Centro de Humanización de la Salud. Tres Cantos, Madrid

RESUMEN

Objetivos: determinar la tendencia de respuesta espontánea ante situaciones simuladas de conflicto emocional e identificar cómo influye cursar una asignatura sobre dicha tendencia.

Método: estudio prospectivo con pretest y postest en un grupo de 70 estudiantes de medicina de una universidad madrileña. Se les aplicó un ejercicio de elección de respuesta espontánea antes y después de cursar una asignatura de contenido básicamente relacional. 63 estudiantes participaron en el pretest y 33 en el postest. Se evaluó, entre 6 tipos a elegir, la elección de la respuesta. Como análisis estadístico, la prueba T para muestras independientes y la prueba de Chi cuadrado, ambas con un intervalo de confianza del 95%.

Resultados: Ninguna de las frecuencias observadas ni en pretest ni en postest se ajustaron a las esperadas por azar. Los estudiantes antes de cursar la asignatura eligieron espontáneamente la respuesta empática en el 6% de las ocasiones mientras que al acabar el curso esta elección se dio en el 68% de las ocasiones, con medias cuyas diferencias pre y postest resultaron estadísticamente significativas. El 31% de respuesta de apoyo-consuelo inicial disminuyó a 2%; el 30% de respuestas de solución de problema inicial disminuyó a 4% y el 12% de respuestas de valoración o juicio moral inicial disminuyó a 5% en la prueba final con medias estadísticamente significativas en sus diferencias pre y postest. El 11% de respuestas de investigación y el 10% de respuestas interpretativas iniciales se mantuvieron en 9% y 12% respectivamente sin que hubiera significación estadística en la diferencia entre sus medias.

Med Pal 2010; Vol. 17, pp. 262-268

PALABRAS CLAVE:

Habilidades de relación de ayuda. Curso de formación. Profesionales de Cuidados Paliativos. Respuesta empática. Educación.

ABSTRACT

Objective: to determine spontaneous response tendency in emotionally conflictive simulated situations and to identify how it influences this tendency to attend a subject.

Method: Pre-test and post-test prospective study with a group of 70 medicine students from a Madrid university. They were applied a spontaneous response choice test before and after studying a subject on relationship competences. There were 63 participants that answered the pre-test and 33 the post-test. The answer choice, out of 6 possibilities, was evaluated. As the statistical analysis, T-test for independent samples and Chi square test were performed both with a 95% confidence interval.

Results: None of the observed frequencies neither in pretest nor in posttest adjusted by chance to the awaited ones. Previous to studying this subject, students spontaneously selected empathetic response in 6% of the cases while after the end of the study this kind of election was observed in 68% occasions. The difference between the averages pre and post-test was statistically significant. The initial 31% of support-consolation responses decreased to 2%; the 30% problem-solving responses decreased to 4% and the 12% evaluation or moral judgement responses decreased to 5% in the last test; all the differences between averages pre and post-test were statistically significant. The 11% of initial investigation responses and 10% interpretative responses stayed at 9% and 12% respectively, without any statistically significant differences between their averages.

KEY WORDS:

Counselling skills. Training course. Palliative Care Professionals. Empathetic Response. Education.

INTRODUCCIÓN

Más allá de las dificultades técnicas en los centros socio-sanitarios, hoy en día cobra importancia la necesidad de *saber estar* en un ámbito de la medicina tan especial como es el de los Cuidados Paliativos, cuya filosofía tiene como

base estar presente, aportar cuidados médicos, psicológicos y soporte espiritual durante las fases terminales. Por eso en este ámbito en el que se habla del cuidado centrado en la dignidad (1), el *cómo se está* es al menos tan importante como el *qué se hace*.

La dificultad en la comunicación en situaciones difíciles (2), la falta de recursos en la sanidad tanto a nivel técnico (3-6) como en el ámbito profesional (7) y las propias carencias personales (8) son factores que se suman y tienen un

impacto nada desdeñable sobre el tipo de asistencia que se da. Si bien la medicina presta servicios enormes a las personas, también contribuye, en el contexto actual, a expropiarlas de ciertos derechos fundamentales. Aunque busca por su propia naturaleza el bienestar del individuo y de la comunidad, corre a veces el riesgo de provocar cierta deshumanización (9).

Por parte del enfermo confluyen dos situaciones no usuales, por un lado la situación de enfermedad, en muchos casos grave, que genera una vivencia acompañada de miedo ante lo desconocido y previsiblemente doloroso (10) y por otro lado, ante su incapacidad para resolver su problema, los pacientes se ven forzados a confiar en los profesionales de la salud no sólo en lo estrictamente técnico sino también en el área más emocional y bajo preguntas y demandas de información clínica pueden estar buscando en ellos confianza, seguridad y esperanza.

Por eso, no somos pocos los profesionales de la salud que, teniendo en cuenta que factores estructurales tales como la presión asistencial y una mentalidad centrada en la técnica puede llevar al empobrecimiento de la visión del enfermo, consideramos que falta en muchos casos, la formación en habilidades de comunicación y preparación en competencias emocionales (7,8,11-15).

La formación en *counselling* o relación de ayuda no es una asignatura habitual en la licenciatura en Medicina u otras profesiones del mismo ámbito, no obstante, desde que la salud se considera de manera holística, se está tomando conciencia de que contar con mejores habilidades de comunicación, y sobre todo de comunicación empática, facilita el flujo de comunicación en los centros, evita enfrentamientos y reduce la carga emocional de usuarios y profesionales, que ya de por sí, puede ser elevada y de difícil manejo (11).

Así, se va imponiendo la necesidad de aportar herramientas sencillas (basadas en actitudes, habilidades y/o conocimientos) que ayuden a los profesionales en un primer nivel, de detección molar de problemas e intervenciones básicas, a captar y encauzar fácilmente esas situaciones, que ya en caso de ser patológicas no les correspondería tanto a ellos trabajar como a otros profesionales de un segundo nivel, de valoración de síntomas psicológicos refractarios (7).

Sobre la eficacia de formación en relación de ayuda no son muchos los estudios publicados, pero poco a poco vamos viendo cómo diversos autores concluyen sobre su utilidad para estudiantes de primer año de medicina (16,17), y enfermería (18-21), así como factores que influyen en su aprendizaje (20,22), aunque no resulte novedosa la importancia de la continuidad en la formación (23).

Por *relación de ayuda*, aplicado al mundo de la salud, entendemos *el conjunto de actitudes y habilidades que el profesional conoce, interioriza y despliega en la relación terapéutica, dotándola de competencia relacional y emocional* (24). Con el objeto de acercarnos al problema de la comunicación en el ámbito de la salud, a modo de concreción, nuestro objetivo fue estudiar en el contexto de aprendizaje de un grupo de alumnos de medicina de una universidad de Madrid cuál es la tendencia de respuesta espontánea ante situaciones simuladas de conflicto emocional para después identificar cómo influye sobre esta variable cursar una asignatura cuyo contenido fundamental versa sobre competencias relacionales, emocionales y éticas en las relaciones humanas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio prospectivo con pretest y postest en un grupo de estudiantes de medicina de una universidad de Madrid que consistió en la aplicación de un ejercicio de elección de respuesta, *Identificación de Respuesta Espontánea* (IRE) antes y después de cursar la asignatura y se evaluó la tendencia o frecuencia de elección de la respuesta espontánea.

La *asignatura* de libre elección (6,5 créditos), se imparte durante 3 meses (2 horas semanales de teoría y prácticas) y se evalúa a lo largo del curso con distintas entregas. El último día de clase se realiza un examen. Su finalidad es acompañar al alumno en el proceso de aumento de la competencia relacional, emocional y ética en la interacción con el usuario, interiorizando las actitudes propias de la relación de ayuda y adiestrándose en las habilidades en las que aquellas se concretan, actitudes y habilidades inspiradas en la psicología humanista. Se profundiza en el significado y la finalidad de la relación de ayuda que favorece una relación con el paciente y familiares más competente, eficaz y gratificante y se adiestra en el uso de las habilidades propias del profesional de medicina para una comunicación adecuada, especialmente en situaciones de difícil manejo, con los usuarios de los sistemas de salud y socio-sanitarios.

Anterior al experimento se planificó el curso, varios expertos opinaron sobre el contenido de la asignatura y se reajustaron o modificaron aquellos aspectos necesarios para detallar el contenido sobre empatía y respuesta empática (se presenta en la tabla I el índice del contenido de la asignatura). Los métodos docentes puestos en práctica se relacionan con los contenidos y competencias de la asignatura de la siguiente manera: mediante clases teóricas con exposición oral de los contenidos teóricos fundamentales de cada tema; clases prácticas con resolución por parte de los alumnos de ejercicios y casos prácticos (corrección de ejercicios a través de la exposición oral por parte de los alumnos, talleres de ejercicios o realización en el aula y controles o pruebas breves de conocimiento); tutorías programadas con sesiones en grupos pequeños para seguimiento, discusión y corrección de trabajos, seminarios con sesiones monográficas sobre aspectos del temario o tareas encomendadas al estudiante y estudio personal con aprendizaje autónomo académicamente dirigido por el profesor.

La prueba de Identificación de Respuesta Espontánea (IRE) es un ejercicio, inicialmente publicado en el material didáctico para alumnos de enfermería (25), que identifica el estilo predominante, tendencia, actitud, que está utilizando la persona que lo realiza. Consiste en una breve presentación de 10 casos o situaciones de la práctica clínica habitual ante los cuales el alumno ha de responder de manera espontánea entre 6 opciones de respuesta. Los 10 casos plantean lo que podríamos llamar "escenas temidas" (26) de la práctica clínica habitual. Estas serían aquellas situaciones difíciles con enfermos terminales o sus familiares, que crean incomodidad o ansiedad al profesional que los atiende y que en muchas ocasiones carece de recursos o habilidades para enfrentarse a ellas eficazmente. Ante estas situaciones simuladas en el ejercicio IRE, los estudiantes eligen entre 6 tipos u opciones de respuesta, presentadas por Mucchielli e inspiradas en Rogers (27), que indican la tendencia a la hora de responder al ayudado.

TABLA I

ÍNDICE DE CONTENIDOS DE LA ASIGNATURA IMPARTIDA

- Introducción y líneas metodológicas.
- Necesidad de competencia relacional, emocional y ética. Significado de estos conceptos.
- Estilos de relación a desaprender.
- Hacia una definición de la relación de ayuda.
- La relación de ayuda centrada en la persona.
 - Diferentes estilos de relación de ayuda.
 - Las dimensiones de la persona: consideración holística.
- La empatía en la comunicación con el paciente y la familia:
 - Concepto y fases.
 - Regulación de la implicación emotiva.
 - Tipos de respuesta y respuesta empática.
 - La escucha activa: qué significa, obstáculos para la escucha.
 - Concepto de agudeza empática.
 - Manejo de la escasez de tiempo en la relación de ayuda.
 - Comprender las pérdidas asociadas a la enfermedad.
- La aceptación incondicional según Rogers y Carkhuff en la relación de ayuda al enfermo:
 - Ausencia de juicio moralizante e implicaciones en la relación con el paciente.
 - Autoconocimiento, autoaceptación y autoestima del profesional de enfermería.
 - Manejo de los sentimientos en la relación de ayuda. La asertividad. Competencia emocional.
 - El duelo y sus funciones. Estrategias de acompañamiento.
 - La destreza de personalizar en el diálogo con el enfermo.
- La autenticidad en la relación de ayuda e implicaciones en la comunicación profesional de enfermería-paciente:
 - Concepto de autenticidad, genuinidad o congruencia e implicaciones para la relación profesional.
 - Diálogo en la verdad.
 - La destreza de confrontar.
 - La persuasión.
 - La relación de ayuda en situaciones de conflicto ético: objetivos y estrategias.
 - Manejo de las relaciones transferenciales en el ejercicio de la profesión de enfermería.
 - La destreza de iniciar.
- La relación de ayuda como proceso.

Los tipos de respuesta, actitudes o tendencias al responder reflejados en el ejercicio son: a) de valoración o juicio moral: implica expresar la propia opinión en cuanto al mérito, la utilidad o moralidad de lo que el ayudado comunica, b) interpretativa: poner el acento en un aspecto del conjunto del mensaje a partir de la propia teoría, c) de apoyo-consuelo: intenta animar haciendo alusión a una experiencia común o minimizando la importancia de la situación de forma paternalista, d) de investigación: hacer preguntas para obtener más datos y profundizar en la situación expuesta, e) de solución de problema: proponer una idea para salir inmediatamente de la situación y f) empática: resultado de un proceso activo que requiere una gran

atención poniéndose en el lugar del ayudado para comprender su punto de vista (25).

Para este estudio se modificó el IRE de la práctica clínica de enfermería y sus 6 tipos de repuestas para adaptarlo fundamentalmente en su forma (por ejemplo el protagonista es un médico en vez de una enfermera), a 10 casos o escenas temidas que se podrían dar en la práctica clínica de medicina. El ejercicio fue validado en su contenido mediante acuerdo interjueces; 7 expertos, profesionales de medicina, religiosos, enfermeras, metodólogos en investigación, psicólogos, especialista en estadística, concedores de empatía y respuesta empática, evaluaron si realmente los casos eran ansiógenos o no y si realmente las respuestas se adecuaban a su definición. (Se presenta un caso en la figura 1).

No se cuantificaron los ítems puesto que se pretenden medir respuestas cualitativamente diferentes y no una sola escala. Un ejemplo de caso con sus posibles respuestas se muestra en la figura 1. No obstante, al recodificar los valores obtenidos en los 96 casos (pre y postest) para medir alfa de Cronbach en la escala de empatía, se obtuvo una consistencia interna elevada (alfa = 0.901).

Participantes: del total de 70 alumnos matriculados en la asignatura, 64% eran mujeres y 36% hombres pertenecientes a los cursos de 1º a 6º de Medicina. Participaron voluntariamente en el ejercicio 63 estudiantes que contestaron el pretest el primer día de clase (septiembre 2009) (previamente al experimento se explicó y pidió consentimiento) y 33 estudiantes que contestaron el postest el último día de clase después del examen (momento en el que se volvió a explicar, pedir y/o ratificar verbalmente el consentimiento) (enero 2010).

Procedimiento: Se siguieron las instrucciones y formato de administración según consta en la publicación para

CASO 1: Mujer de 20 años, accidente de tráfico, con resultado de fractura de cúbito y radio resuelta y secuelas de fractura de mandíbula: no puede masticar ni hablar correctamente.
"Preferiría estar muerta... antes que verme así. No podré volver a ser yo misma"

IDENTIFICACIÓN DE LA RESPUESTA ESPONTÁNEA

Marcar en cada caso una y sólo una de las seis respuestas posibles. Elegir aquella que más se acerca a la que espontáneamente yo utilizaría.

CASO 1

1. Ánimo. Descanse un poco y verá cómo la situación no es tan difícil como usted cree.
2. Usted se siente desanimada porque cree que ningún joven querrá mirarla.
3. ¿Es muy importante su imagen en su trabajo?
4. Está desanimada porque cree que quedará toda la vida desfigurada, sobre todo sabiendo que es joven.
5. Vera, ahora la cirugía plástica hace maravillas. Las cicatrices desaparecerán en algunos meses.
6. ¡Venga mujer! No se deje llevar por la pena. Debe tener mucho valor.

Fig. 1. Ejercicio de Identificación de Respuesta Espontánea (IRE); Ejemplo de un caso (Caso 1) y sus opciones de respuesta (1-6) siendo los tipos de respuesta 1. Solución de problema; 2. Interpretativa; 3. Investigación; 4. Empática; 5. Apoyo-consuelo; y 6. Valoración o juicio moral.

enfermería (25). El ejercicio pretest y postest fue el mismo al inicio y al final del curso.

Estadística; Como análisis estadístico empleamos la prueba t para muestras independientes con un intervalo de confianza del 95% donde la probabilidad asociada al estadístico de Levene nos permitió discriminar la hipótesis de igualdad de varianzas y la prueba t contrastar las medias pre y postest. Aunque la mayoría de los participantes en el postest es probable que hubieran realizado previamente el pretest, al no haber identificado los ejercicios (debido a un fallo metodológico) no se pudieron relacionar ni por ello realizar la prueba T para muestras relacionadas. Además dado que se perdió aproximadamente la mitad de la muestra entre pretest y postest la muestra final, en una t Student para muestras relacionadas, habría quedado reducida a la mitad. Se realizó la prueba de Chi cuadrado con un intervalo de confianza del 95% para observar las distribuciones de elección de respuesta tanto en el pretest como en el postest.

RESULTADOS

Tras la realización de la prueba de Chi cuadrado se confirmó que las frecuencias observadas de elección de respuesta no se ajustan a las distribuciones esperadas por el azar, sino que en todos los casos (del 1 al 10) existen diferencias significativas ($\text{sig} < 0,05$) entre las frecuencias observadas y las esperadas tanto en el ejercicio pretest como en el postest (datos no mostrados). Al no tener las muestras relacionadas, no se pudo aplicar esta prueba para comparar el antes y el después de la prueba pero sí se pudo observar en las tablas cómo la respuesta empática en el pretest era menor a la esperada (en todos los casos residuos

negativos) mientras que en el postest era mayor de la esperada (en todos los casos residuos positivos).

Respecto a los porcentajes de respuesta totales (sumando todos los casos de todos los alumnos) y el contraste entre medias t Student, los resultados en elección de respuesta espontánea mostraron diferencias considerables entre el pretest y el postest. Antes de cursar la asignatura se eligió espontáneamente la respuesta empática solamente en 39 de las 630 ocasiones (6% de las oportunidades del pretest) mientras que al acabar el curso la elección de se dio en 224 de las 330 ocasiones (68% de las oportunidades del postest), con medias de elección de respuesta empática por alumno (Fig. 2) cuyas diferencias pre y postest resultaron estadísticamente significativas en la prueba T con un intervalo de confianza de 95% ($\text{sig} < 0,05$) (Tabla II).

Las 196 elecciones (31%) de respuesta de apoyo-consuelo iniciales disminuyeron a 8 (2%) en el postest; las 188 (30%) respuestas de solución de problema iniciales disminuyeron a 14 (4%) en el postest y las 74 (12%) respuestas de valoración o juicio moral inicial disminuyeron también a 15 (5%) en la prueba final. Todas estas medias (Fig. 2) también fueron estadísticamente significativas en sus diferencias pre y postest bajo un intervalo de confianza de 95% ($\text{sig} < 0,05$) (Tabla II).

Las 70 (11%) respuestas de investigación y las 63 (10%) respuestas interpretativas iniciales se mantuvieron en 31 (9%) y 38 (12%) del postest respectivamente sin que hubiera significación estadística en la diferencia entre las medias de elección de respuesta espontánea de estos tipos por alumno antes y después de cursar la asignatura (Fig. 2, Tabla II).

La mayor de las diferencias entre las medias de elección de respuesta por alumno antes y después de cursar la asignatura se encuentra en el tipo de respuesta empática (Fig. 2).

TABLA II										
CONTRASTE DE MEDIAS DE ELECCIÓN DE RESPUESTA POR ALUMNO PARA LAS PRUEBAS PRETEST Y POSTEST EN EL EJERCICIO DE IDENTIFICACIÓN DE RESPUESTA ESPONTÁNEA										
Prueba T para muestras independientes										
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias			Intervalo de confianza para la media; 95%			
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Inferior	Superior
R. valoración o juicio moral	Asumiendo varianzas iguales	5,660	,019	3,560	94	,001	,720	,202	,319	1,122
	No asumiendo varianzas iguales			4,082	90,643	,000	,720	,176	,370	1,070
R. interpretativa	Asumiendo varianzas iguales	1,376	,244	-736	94	,463	-,152	,206	-,560	,257
	No asumiendo varianzas iguales			-,719	61,076	,475	-,152	,211	-,573	,270
R. apoyo consuelo	Asumiendo varianzas iguales	18,062	,000	11,340	94	,000	2,869	,253	2,366	3,371
	No asumiendo varianzas iguales			13,823	93,592	,000	2,869	,208	2,457	3,281
R investigación	Asumiendo varianzas iguales	,021	,885	,571	94	,569	,172	,301	-,425	,769
	No asumiendo varianzas iguales			,552	59,266	,583	,172	,311	-,451	,794
R solución de problema	Asumiendo varianzas iguales	9,529	,003	8,632	94	,000	2,560	,297	1,971	3,149
	No asumiendo varianzas iguales			10,600	93,078	,000	2,560	,241	2,080	3,039
R. empática	Asumiendo varianzas iguales	37,540	,000	-21,078	94	,000	-6,169	,293	-6,750	-5,588
	No asumiendo varianzas iguales			-16,346	36,070	,000	-6,169	,377	-6,934	-5,404

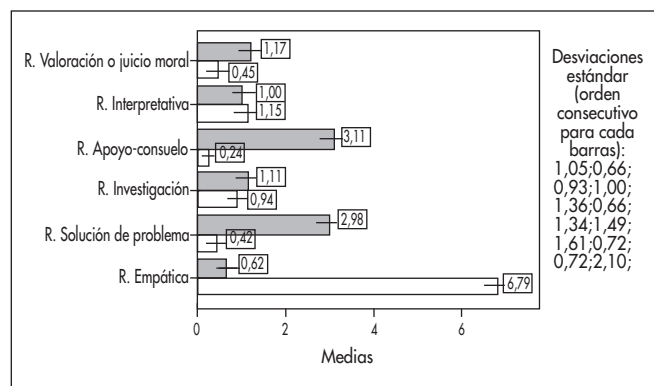


Fig. 2. Medias (y desviaciones estándar) de elección de respuesta espontánea por alumno, antes (rayado) y después (blanco) de cursar la asignatura.

DISCUSIÓN

El hecho de que las frecuencias observadas de elección de respuesta no se ajusten a las distribuciones esperadas al azar, ni antes ni después de cursar la asignatura, apunta a cómo el resultado en el ejercicio IRE puede definir diferentes patrones de conducta atribuibles a los distintos estilos relacionales que estamos estudiando. La constancia en los residuos (negativos en el pretest y positivos en el postest) ante la respuesta empática a lo largo de los 10 casos planteados mientras el resto de tipos de respuesta muestran mayor variabilidad, sugiere que el ejercicio sirve para detectar el aprendizaje de nuevos estilos relacionales, al menos, como es en este caso, el empático; todo ello sin perder de vista la limitación en la validez estadística debido a las pruebas utilizadas.

A grandes rasgos podríamos decir que la tendencia de elección de respuesta espontánea inicial se encuentra mayoritariamente localizada entre los tipos apoyo-consuelo y solución de problema (que juntas suman el 61% de las respuestas seleccionadas en el pretest) y que 3 meses después esta tendencia a elegir se sustituye por un tipo concreto, la empática (68%). En la distribución de medias por alumno esto se concreta en que al inicio del curso el alumno medio elige estos dos tipos de respuesta, cada una en 3 de los 10 casos que se le presentan, mientras que al acabar el curso elige en casi 7 de las 10 ocasiones la respuesta empática (Fig. 2).

Es interesante observar también que justamente la tendencia de elección de respuesta de tipo empática es la que más variación sufre, siendo inicialmente la más baja (sólo 1 de cada dos alumnos la elige en un caso de cada diez) y finalmente se afianza como el tipo de respuesta con mayor media de elección por alumno (Fig. 2). Estos datos apuntan por un lado a que este tipo de respuesta es la menos espontánea y natural de las indicadas como ya se comenta en otras publicaciones (25) y por otro lado apoya la funcionalidad y validez de la formación en habilidades de comunicación, empatía etc., en la línea de lo que no pocos autores exponen (7,12) o solicitan (13) como medio para poder afrontar este tipo de situaciones de la práctica clínica habitual.

Así mismo, los resultados van en la línea de lo expuesto en otros estudios realizados en contextos similares (formación en relación de ayuda a estudiantes universitarios de

medicina y de enfermería), que concluyen que la participación en un curso de *counselling* mejora significativamente la confianza y comprensión de los estudiantes sobre estas técnicas (16), o que los cursos han de enfocarse en habilidades personales ya que es la forma de nutrir y desarrollar estas cualidades (20).

Además, en todos ellos se resalta la importancia de la metodología en el aprendizaje, que ha de incluir cuando menos, modos de aprendizaje experienciales, con atención simultánea al conocimiento, habilidades y actitudes, igual que un acercamiento educativo centrado en el aprendiz, integración con la materia clínica, guía eficaz y evaluación o retroalimentación individualizada al alumno (17,19) tal y como se contempla en este estudio.

Estamos de acuerdo también con lo expuesto por otros autores que concluyen que se optimiza más todavía el aprendizaje cuando el curso se realiza conjuntamente en contacto amplio y supervisado con el paciente (22). Así es importante el hecho de que toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo califica al primero, y es por ende una metacomunicación (28). Por un lado parece que es a través de esta metacomunicación en situaciones asistenciales donde se puede dar una demanda no explícita del paciente al profesional, demanda que deja en segundo plano el contenido de la comunicación para primar los aspectos más emocionales y de necesidad de apoyo vincular en la relación, ya que es el profesional el que, en esta situación de enfermedad, aporta la figura de autoridad.

Por otro lado se ha descrito que, en las escenas temidas de los profesionales sanitarios en contacto con el enfermo terminal, no sólo se encuentran muy presentes los aspectos de comunicación-información (el 51,7% respecto al enfermo y el 39,3% respecto a la familia), sino que el 81,5% de las escenas temidas relacionadas con el propio profesional tienen que ver con autoexigencias e identificaciones y son escenas relacionadas con no saber guardar distancia afectiva y angustia frente a su propia necesidad de ir más allá de la posible ayuda terapéutica (29).

Como además, parece probada la hipótesis de que la empatía evocada por el dolor de otro conduce a un aumento en la percepción del dolor (la empatía duele) (30), es posible que en esa metacomunicación que Watzlawick formuló en axioma haya una parte de la relación (la del profesional) que no acepta, no quiere o no se siente seguro en el nivel relacional en que se le ubica (de apoyo y/o sustento emocional), por lo que sus respuestas espontáneas iniciales ante situaciones que le resultan ansiógenas o dolorosas y ante las que no sabe guardar la distancia afectiva adecuada, siente autoexigencias o se identifica, son defensivas.

Así, los resultados del ejercicio muestran que los estudiantes minimizan la situación presentándola como desproporcionada en relación al problema (respuesta de apoyo-consuelo), tratan de eliminar el problema inmediatamente (respuesta de solución de problema), indican al ayudado cómo debería comportarse (respuesta de valoración o juicio moral) o, en menor medida, leen la experiencia del otro bajo la propia teoría (respuesta interpretativa) y tienden a hacer más preguntas (respuesta de investigación).

Y aunque nos parece obvio que para comunicarse con un paciente en esta situación es mejor "empatizar con él", parece que si no se está formado explícitamente en el

manejo de las emociones, como apuntan nuestros datos, no es esta la actitud que espontáneamente surge de los profesionales ante situaciones complicadas o escenas temidas. Es interesante observar en este sentido cómo un grupo de enfermeras en su experiencia ante distintos escenarios de enfermedad terminal reconocen evitar acercarse a determinados pacientes como mecanismo de defensa, debido a sus propios miedos ante la muerte, dificultades para controlar sus emociones o sencillamente como prevención de posteriores frustraciones y cómo, estas mismas enfermeras después de trabajar en grupo sus experiencias en distintos escenarios, de examinar sus propias respuestas ante la muerte y rescatar sus pensamientos inconscientes desarrollan formas constructivas de manejar esos mismos momentos. Evolucionan de evitación a confrontación, adoptan una actitud positiva y se sienten con más confianza para tratar a pacientes y familiares en situación terminal (21).

Y es que lejos de ser algo de lo que protegerse, las emociones, adecuadamente expresadas y canalizadas, también son elemento de salud y nos dan información de lo que sucede en el entorno. Estudios realizados en grupos de médicos, enfermeras o estudiantes concluyen que los programas de formación en habilidades de comunicación, escucha, empatía, manejo de las emociones, manejo de síntomas, etc. son eficaces (8, 14,16-22) o los participantes perciben un aumento de conocimiento (15) y nuestros datos, interpretados con cautela debido a las limitaciones del estudio, así lo apuntan también, ya que después de 3 meses de formación, el personal tiende en la mayoría de los casos presentados, a elegir la respuesta empática y prácticamente abandona el intento de consolar o de solucionar el problema.

Por último, nuestros datos también dejan ver que, una vez ejercitada la empatía, ésta puede convertirse en actitud y por ende resultar espontánea ya que una peculiaridad del ejercicio IRE es que mide la espontaneidad en la respuesta y es desde la espontaneidad al responder desde donde se puede valorar una actitud. Una vez aprendida esta actitud con la práctica diaria podría convertirse no sólo en conocimiento sino en habilidad y proporcionar seguridad a los profesionales que se encuentran ante este tipo de situaciones emocionalmente complicadas.

Limitaciones del estudio: Con este diseño (debido a los fallos metodológicos ya mencionados) no hay control sobre otras variables que pudieran estar influyendo para el cambio, solamente se puede observar qué tipo de respuestas elige el grupo antes del curso y cuáles después del curso,

comparando sin establecer relaciones de causalidad y sin relacionar el pretest con el postest lo que resta potencia estadística. Ya que el tiempo entre la aplicación del ejercicio inicial y final es sólo de 3 meses, desestimamos que variables como experiencia (principalmente laboral) y edad hayan podido influir en la elección posterior pero la asistencia a otros cursos similares en paralelo o el aprendizaje de la prueba sí podrían constituir limitaciones al estudio. En futuras investigaciones consideraremos otras variables a recoger que en este caso no han sido contempladas, como son el sexo, otras posibles asignaturas en las que también están matriculados y la relación que tienen con enfermos.

La representatividad de la muestra se podría cuestionar por razones obvias, se trata de una asignatura de libre elección y contestan a la prueba final los alumnos que acuden a clase para realizar el examen final. Este sesgo motivacional se tendría que tener en cuenta sobre todo al interpretar los resultados finales aunque estén en consonancia con otros estudios sobre la necesidad y utilidad de formación de este tipo.

Finalmente, aunque sobre el ejercicio IRE se ha realizado una validación de contenido mediante acuerdo interjueces, para poder considerarlo un test situacional se impone una validación de los distintos constructos que aclare las facetas que mide. Es necesario un estudio de validación amplio y riguroso, que determine los valores reales para cada una de las escalas que pretende medir.

AGRADECIMIENTOS

A Milagros Gil, diplomada en Estadística, experta en Análisis Multivariante bajo SPSS y licenciada en Psicología, por su revisión estadística.

CORRESPONDENCIA:

José Carlos Bermejo Higuera
Centro de Humanización de la Salud
Sector Escultores 39
28760 Tres Cantos, Madrid
e-mail: jcbermejo@humanizar.es

Bibliografía

1. Chochinov HM. Dignidad y la esencia de la medicina: el A, B, C y D del cuidado centrado en la dignidad. *Med Pal (Madrid)* 2009; 16: 95-9.
2. Borrel Carrió F, Prados Castillejo JA. Comunicar malas noticias. Estrategias sencillas para situaciones complejas. *Doyma (Barcelona)*; 1993. p. 29-61.
3. Lang T, Liberati A, Tampieri A, et al. A European version of the Appropriateness Evaluation Protocol. Goals and presentation. *The BIOMED I Group on Appropriateness of Hospital Use. Int J Technol Assess Health Care* 1999; 15(1): 185-97.
4. Sánchez López J, Bueno Cavanillas A, Delgado Martín AE, Muñoz Beltrán H, Jiménez Moleón JJ, Luna del Castillo JD. Atención Primaria asignada y uso de la urgencia hospitalaria. *Emergencias* 2005; 17: 251-9.
5. Sempere Selva T, Peiró S, Sendra Pina P, Martínez Espín C, López Aguilera I. Validez del Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias. *Rev Esp Salud Pública (Madrid)* 1999; 73: 465-79.
6. Velasco Díaz L, García Ríos S, Suárez García F, Oterino de la Fuente F, Fernández Alonso R, Diego Roza S. Impacto de los ingresos urgentes innecesarios sobre las estancias hospitalarias en un hospital de Asturias. *Rev Esp Salud Pública (Madrid)* 2005; 79: 541-9.
7. Bayés R. *Medicina Paliativa: psicología y Cuidados Paliativos* (edito-

- rial). *Med Pal (Madrid)* 2005; 12: 137-8.
8. Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Saul J, Duffy A, Eves R. Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet*, 2002; 359: 650-6.
 9. Brusco A. Humanizar la asistencia a los enfermos en fase terminal. En: *Sal Terrae (Santander)*. Humanización de la asistencia al enfermo. Cuadernos del Centro de Humanización de la Salud; 1999. p. 113-38.
 10. Morita T, Akechi T, Kizawa Y, et al. Communication about the ending of anticancer treatment and transition to palliative care. Informar sobre el final del tratamiento antitumoral y el paso a Cuidados Paliativos. *Ann Oncol* 2004; 15: 1551-7.
 11. Dowsett SM, Saul JL, Butow PN, Dunn SM, Boyer MJ, Findlow R, et al. Communication Styles in the Cancer Consultation: Preferences for a Patient-Centred Approach. *Estilos de Comunicación en el Servicio de Oncología: Preferencia por un Acercamiento Centrado en el Paciente*. *Psycho-Oncology* 2000; 9: 147-56.
 12. Santisteban Etxeburu I, Mier O. Estudio descriptivo de la ansiedad ante la muerte y factores estresantes en los distintos profesionales de una Unidad de Cuidados Paliativos. *Med Pal (Madrid)* 2006; 13: 1: 18-24.
 13. Vallés Martínez P. Formación de pregrado en enfermería en Cuidados Paliativos. *Med Pal (Madrid)* 2005; 12, 4: 187-8.
 14. García de Lucio L, García López FJ, Marín López MT, Mas Hesse B, Caamaño Vaz MD. Training programme in techniques of self-control and communication skills to improve nurses' relationships with relatives of seriously ill patients: a randomized controlled study. *J Adv Nursing* 2000; 32 (2): 425-31.
 15. León Delgado MX, Flórez Rojas SP, Torres M, Trujillo Gómez CC, Castilla Luna M. Educación en cuidado paliativo para pregrado de medicina: resultados de una encuesta acerca de la percepción de los conocimientos adquiridos. *Med Pal (Madrid)* 2009; 16, 1: 31-6.
 16. Poirier MK, Clark MM, Cerhan JH, Pruthi S, Geda YE, Dale LC. Teaching motivational interviewing to first-year medical students to improve counseling skills in health behavior change. *Mayo Clin Proc* 2004; 79(3): 327-31.
 17. Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, Schwartz MD, Ockene J, Cherpaitis AE, et al. Effect of communications training on medical student performance. *JAMA* 2003; 290(9): 1157-65.
 18. Aradilla-Herrero A, Tomás-Sábado J. Efectos de un programa de educación emocional sobre la ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería. *Enferm Clin* 2006; 16(6): 321-6.
 19. Deeny P, Johnson A, Boore J, et al. Drama as an experiential techniques in learning how to cope with dying patients and their families. *Teaching in Higher Education* 2001; 6: 99-112.
 20. Rochester S, Kilstoff K, Scott G. Learning from success: improving undergraduate education through understanding the capabilities of successful nurse graduates. *Nurse Educ Today* 2005; 25: 181-8.
 21. Wong FKY, Lee WM, Mok E. Educating nurses to care for the dying in Hong Kong. *Cancer Nurs* 2001; 24: 112-21.
 22. Baerheim A, Hjortdahl P, Holen A, Anvik T, Fasmer OB, Grimstad H, et al. Curriculum factors influencing knowledge of communication skills among medical students. *BMC Med Educ* 2007; 7: 35.
 23. Barclay S, Todd C, Grande G, Lipscombe J. How common is medical training in palliative care? A postal survey of general practitioners. *Br J Gen Pract* 1997; 47 (425): 800-4.
 24. Bermejo JC. Relación de ayuda. En: García Férrez J, Alarcos FJ. *Verbo Divino*. 10 palabras clave en Humanizar la Salud; 2002. p. 152-88.
 25. Bermejo JC. La respuesta en el diálogo de relación de ayuda. La respuesta empática. En: *Sal Terrae (Santander)*. *Apuntes de relación de ayuda*. Cuadernos del Centro de Humanización de la Salud; 1998. p. 45-58.
 26. Markhan U. *Cómo afrontar la muerte de un ser querido*; Martínez Roca 1997.
 27. Mucchielli R. *Apprendere il counselling*. Erickson Trento; 1970.
 28. Watzlawick P. *Teoría De La Comunicación Humana*. Barcelona: Ed. Herder; 1997.
 29. Cabodevilla I, Giacchi A, Martínez L, Jusue L, Garde C. Temores del profesional de atención primaria en el cuidado a la persona y su familia en el final de vida. *Med Pal (Madrid)* 1999; 6: 3: 104-7.
 30. Logia ML, Mogil JS, Bushnell MC. Empathy hurts: Compassion for another increases both sensory and affective components of pain perception. La empatía duele: la compasión por los demás aumenta los componentes sensorial y afectivo de la percepción del dolor. *Pain* 2008; 136: 168-76.