

# Formación en asesoramiento psicológico (*counselling*) y apoyo emocional a residentes de nefrología: estudio piloto

## *Counselling and emotional support training for nephrology fellows: a pilot study*

Helena García-Llana

Psicóloga, Investigadora, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Rocío Rodríguez-Rey, Psicóloga, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

Rafael Selgas, Médico, Jefe de Servicio de Nefrología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Acceda a este artículo en  
siicsalud

Código Respuesta Rápida  
(Quick Response Code, QR)



[www.siicsalud.com/dato/arsiic.php/129030](http://www.siicsalud.com/dato/arsiic.php/129030)

Recepción: 29/11/2013 - Aprobación: 31/1/2014  
Primera edición: [www.siicsalud.com](http://www.siicsalud.com), 21/3/2014

Enviar correspondencia a: García-Llana  
Helena, Hospital Universitario La Paz, 28046,  
Madrid, España



Especialidades médicas relacionadas,  
producción bibliográfica y referencias  
profesionales de la autora.

### Abstract

Although the importance of communication skills for the development of the work as a physician is well known, in every field of medicine there is currently a lack of training in this subject. The purpose of this study was to present preliminary results of a course on communication skills training based on counselling strategies for a group of seven fellows of nephrology. We used a pre-test/post-test design by means of an ad-hoc questionnaire to assess spontaneous empathic response rate through ten clinical vignettes. The results suggest an increase in the number of spontaneous empathic responses. We were unable to establish the significance of the difference due to the small sample size. 100% of participants would recommend the course to other nephrologists. In future research we intend to increase the sample based on future editions of the course, with a view to producing confirmatory results. The course has been established as a biannual activity within the Service. This kind of teaching initiative targeting trainee doctors is the best form of reminding us that although fundamental, correct use of medical-biological technology is insufficient if we seek to offer an efficient, effective response to the patient and his/her family. If there is no empathy or connection with the patient, and if a suitable emotional climate is not established, the effectiveness of the intervention will be reduced.

**Key words:** counselling, emotional support, training, communication skills, nephrology

### Resumen

A pesar de que es bien conocida la importancia que tiene que los médicos posean adecuadas habilidades de comunicación para la práctica clínica, éstas no forman parte de su enseñanza formal. En este trabajo presentamos el diseño y la evaluación de resultados de un curso de formación en habilidades de comunicación y apoyo emocional a siete médicos internos residentes de nefrología. El curso está realizado desde el marco del *counselling*. En la evaluación empleamos un diseño piloto *pretest-postest* mediante un cuestionario elaborado ad-hoc para medir la tasa de respuesta empática espontánea a través de diez viñetas clínicas. Los resultados parecen indicar un aumento en el número de respuestas empáticas espontáneas emitidas por los participantes sin poder establecer la significación de la diferencia debido al escaso tamaño muestral. El 100% de los participantes recomendarían el curso a otros nefrólogos. En próximas investigaciones nos proponemos aumentar la muestra sobre la base de futuras ediciones del curso, con vistas a poder mostrar resultados confirmatorios. El programa de formación en *counselling* ha quedado establecido como actividad bienal protocolizada dentro del servicio. Este tipo de iniciativas docentes dirigidas a los médicos en formación son una óptima manera de recordarnos que el manejo adecuado de la tecnología médico-biológica, si bien es imprescindible, resulta insuficiente si lo que pretendemos es dar una respuesta eficaz, efectiva y eficiente al paciente y su familia. Si no se empatiza y conecta con el paciente, si no se crea un clima emocional adecuado, la eficacia de la intervención se verá mermada.

**Palabras clave:** *counselling*, apoyo emocional, formación, habilidades de comunicación, nefrología

### Introducción

Las mejoras que han supuesto para la población de los países desarrollados los avances técnicos de la medicina del siglo XXI son evidentes.<sup>1</sup> Sin embargo, la atención referente a estos avances ha disminuido el espacio dedicado a las habilidades de comunicación para la práctica clínica, a las que sí se concedía importancia en la tradición de la medicina humanista en España de principios del siglo XX. Estudios recientes<sup>2</sup> demuestran que este déficit en habilidades de comunicación clínica tiene un costo muy alto, tanto para el paciente como para el propio profesional. Con respecto al paciente, se ha encontrado que el hecho de que su médico disponga de las habilidades de comunicación adecuadas incrementa su satisfacción con la consulta,<sup>3,4</sup> la precisión y la rapidez en el diagnóstico,<sup>5</sup> y el grado de adhesión al tratamiento, disminuyéndose además el número de errores.<sup>6,7</sup> Con respecto al profesional, tener las adecuadas habilidades comunicativas disminuye el riesgo de sufrir depresión o estrés laboral asistencial,<sup>8-10</sup>

mejora el rendimiento y la satisfacción profesional<sup>11</sup> y disminuye el número de demandas.<sup>2</sup>

A pesar de estas evidencias, el entrenamiento en habilidades de comunicación para la práctica clínica sigue sin formar parte del currículum habitual en la licenciatura de medicina, dejándose su adquisición al azar, y de acuerdo con el ensayo y error, y manteniendo la creencia errónea de que una buena intencionalidad en el proceso comunicativo garantiza una buena praxis.<sup>12</sup>

En vista de estas carencias, en los Estados Unidos se están empezando a incluir estas habilidades en la formación de los médicos, principalmente en la especialidad de oncología, que promueve para todos sus residentes programas de formación en habilidades de comunicación, como el Onco-Talk.<sup>13</sup> Estas iniciativas están escasamente desarrolladas en otras especialidades, como la Nefrología, pese a que sabemos que los nefrólogos también se enfrentan con situaciones donde existen altos niveles de estrés. El paciente renal es un enfermo crónico, con múltiples

comorbilidades, altas tasas de ansiedad y de depresión,<sup>14</sup> y sometido a tratamientos que suponen alto impacto en su calidad de vida.<sup>15,16</sup> Además, en ocasiones, estos pacientes tienen que tomar decisiones difíciles, como iniciar o retirarse de un programa de diálisis, o redactar un documento de instrucciones previas.<sup>17,18</sup> Estos escenarios complejos requieren una comunicación que promueva un espacio de toma de decisiones compartidas.<sup>19-21</sup> En el último año, la experiencia del Onco-Talk se ha extendido a Nefrología,<sup>22</sup> lo que pone de manifiesto la importancia que tienen las habilidades de comunicación en la especialidad.

Una herramienta que ha demostrado resultar útil para facilitar el encuentro con el paciente al menor costo emocional para el profesional es el *counselling*. Consiste en un proceso interactivo-relacional entre paciente y profesional que fomenta la adaptación psicológica a la enfermedad, reduce los estados emocionales adversos, promueve la autorregulación del profesional y favorece la motivación al cambio.<sup>23</sup> La experiencia de nuestro grupo en formación en *counselling* para los profesionales de la Nefrología ha demostrado cambios significativos en las habilidades de comunicación para la práctica clínica y en gestión emocional, tanto en los profesionales médicos como en los de enfermería.<sup>12,24</sup>

Algunos autores<sup>25</sup> indican que es importante dedicar esfuerzos al entrenamiento en habilidades comunicativas al grupo de médicos internos residentes. Esto puede facilitar la adquisición de estas competencias por su mayor permeabilidad hacia la adquisición de nuevos conocimientos, así como evitar o disminuir las consecuencias nefastas que podría tener un déficit marcado de habilidades de comunicación clínica.

Teniendo en cuenta estos aspectos, desde la jefatura del Servicio de Nefrología de un hospital público de la Comunidad de Madrid se diseñó e implementó un curso de formación en *counselling* para los ocho médicos internos residentes del servicio con el objetivo de mejorar sus habilidades de comunicación para la práctica clínica diaria. En este artículo describimos la metodología empleada en el curso, así como una evaluación preliminar de sus resultados. Nuestra hipótesis es que la formación incrementará las respuestas espontáneas de empatía, y la competencia percibida para hacer frente a situaciones comunicativas difíciles. Por último, pensamos que el nivel subjetivo de satisfacción con el curso será elevado.

## Método

### Diseño y sujetos

El diseño fue de tipo *pretest-postest*, sin grupo control. La muestra inicial estaba compuesta por ocho residentes, uno de los cuales no acudió a la última sesión en la que se realizó la evaluación post por encontrarse de guardia. La muestra total está compuesta por un total de siete residentes, de los cuales seis son mujeres y uno es varón, con una edad media de 28 años (DT = 2.16).

### Variables y herramientas de evaluación

A continuación se indican las herramientas de evaluación que se emplean en la primera y la última sesión del curso.

*Prueba de identificación de respuesta espontánea adaptada a la enfermedad renal.* Prueba adaptada del instrumento de Bermejo y col.<sup>26</sup> En este cuestionario se han incluido diez situaciones comunicativas hipotéticas difíciles que los nefrólogos podrían encontrarse durante el ejercicio de su trabajo. Ante cada situación se incluyen

**Tabla 1.** Descripción del caso: Eva tiene 26 años. Hace 4 fue trasplantada de vivo, la donante fue su madre. Ha perdido el riñón por falta de adhesión a tratamiento y tiene que entrar en diálisis. Cuando se le comunica esto, empieza a llorar desconsoladamente y dice "Si no hubiese sido tan irresponsable y hubiese hecho lo que me dijisteis, ahora estaría bien... no me puedo creer lo que me está pasando."

| Tipo de respuesta                 | Ejemplo de respuesta  |
|-----------------------------------|---|
| Respuesta de solución al problema | No llores más, mira, lo que tenemos que hacer ahora es empezar a hacerte pruebas para ver cuál puede ser la mejor opción de diálisis para ti. Mientras tanto procura estar tranquila y no darle muchas vueltas. |
| Respuesta interpretativa          | Estás arrepentida por haber perdido el riñón, y por haber fallado a tu madre.   |
| Respuesta de investigación        | ¿Eras consciente de lo que podía pasar si no tomabas la medicación?   |
| Respuesta de apoyo y consuelo     | Bueno, mujer... tranquilízate, ya no es momento de preocuparse, ya no podemos hacer nada por cambiar eso. Seguro que te adaptas a la diálisis, ya lo verás.   |
| Respuesta de juicio moral         | Ya sabes que esto te ha ocurrido por no haber hecho caso a nada de lo que te decíamos que hicieras. Espero que en el futuro cumplas con el tratamiento si no quieres que tengamos más complicaciones.           |
| Respuesta empática                | Te sientes muy mal por no haberte tomado las pastillas y tener que entrar en diálisis, tanto que casi no puedes creer lo que te está pasando, ¿no es así?   |

seis posibles respuestas. Se pide a la persona que selecciona en cada caso la opción –solo una de ellas– a la que cree que su respuesta se habría acercado más de forma espontánea. Las categorías de respuesta ante un ejemplo de caso se muestran en la Tabla 1.

*Prueba de evaluación de competencia percibida para hacer frente a diferentes situaciones comunicativas difíciles.* Se les pregunta por el grado en que se sienten o no tranquilos ante distintas situaciones, en una escala de 0 a 10, en la que 0 es "me siento muy tranquilo", y 10 es "me genera un gran malestar". Las situaciones incluidas son las siguientes: comunicación de mal pronóstico; comunicación de posibilidad de inicio de cuidados paliativos; negación del paciente de la gravedad de su situación; pacto de silencio pronóstico por parte de la familia hacia el paciente; cuando un paciente al final de la vida pregunta, "doctor ¿me voy a morir?"; manejo de la agresividad y falta de adhesión al tratamiento.

*Percepción subjetiva de implicación con el paciente renal.* Se valora con una escala de 0 a 10, donde 0 es "distanciamiento de los problemas personales del paciente" y 10 es "implicación en los problemas personales del paciente".

Además de estas tres medidas *pretest-postest*, en la última sesión incluimos una evaluación del grado de satisfacción con el curso que incluye las siguientes preguntas: valoración general del curso (excelente, muy bueno, bueno, indiferente, malo), duración (muy corta, corta, adecuada, larga, muy larga), si recomendarían el curso a otros nefrólogos (sí, no), grado en que considera útil el curso para su práctica clínica diaria (sí, no) y ambiente subjetivo del grupo de alumnos en el curso (excelente, muy bueno, bueno, indiferente, malo).

### Procedimiento

A lo largo del año 2012 se realizaron en total ocho sesiones mensuales de dos horas de duración cada una,

**Tabla 2.** Contenidos del ciclo formativo para residentes de Nefrología.

| Sesión               | Título   | Contenidos  |
|----------------------|--|---|
| 1ª<br>Enero 2012     | Introducción al <i>counselling</i>                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación pretest.</li> <li>Identificación de situaciones temidas en la clínica diaria.</li> <li>Exploración de expectativas y explicitación y aclaración de objetivos.</li> <li>Modelo integrador de intervención.</li> <li>Introducción al <i>counselling</i>.</li> </ul>   |
| 2ª<br>Febrero 2012   | Prevención del <i>burnout</i> y autorregulación emocional              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ansiedad y estrés en el ejercicio de la medicina.</li> <li><i>Burnout</i>. Factores protectores y de riesgo y síntomas.</li> <li>Técnicas cognitivas y fisiológicas de autorregulación.</li> <li>Estrategias de autorregulación.</li> </ul>  |
| 3ª<br>Marzo 2012     | Habilidades básicas de comunicación con el enfermo renal y su familia. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Comunicación verbal y no verbal.</li> <li>Estilos de comunicación (pasivo, agresivo, asertivo).</li> <li>Habilidades básicas de comunicación (escucha activa, empatía, exploración, validación, confrontación, refuerzo, mensajes yo).</li> </ul>  |
| 4ª<br>Abril 2012     | Comunicación difícil I: Malas noticias y preguntas difíciles.          | <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Por qué la comunicación es difícil?</li> <li>Comunicación de malas noticias: modelo SPIKES de comunicación de malas noticias. Estrategia NURSE de reflejo de emociones.</li> <li>Contestando a preguntas delicadas.</li> </ul>  |
| 5ª<br>Mayo 2012      | Comunicación difícil II: Fomento de la adhesión terapéutica.           | <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Cumplimiento vs. adhesión? El papel del paciente y del médico.</li> <li>Entendiendo la no adhesión.</li> <li>Estrategias comunicativas que facilitan el cambio de hábitos al menor coste emocional posible: validación, acuerdo parcial, acogida y confrontación, refuerzo positivo y disco rayado.</li> <li>Apuntes de entrevista motivacional.</li> </ul> |
| 6ª<br>Octubre 2012   | El proceso de adaptación a la Enfermedad Renal Crónica.                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Fases de la adaptación a la enfermedad renal crónica (shock, negación, rabia, tristeza, aceptación).</li> <li>Manejo de reacciones emocionales intensas asociadas al proceso de adaptación.</li> </ul>   |
| 7ª<br>Noviembre 2012 | Prevención de duelo complicado en el hospital.                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>El proceso de duelo: la familia del enfermo renal como cuidadores y objeto de cuidado.</li> <li>El duelo normal: funciones y características.</li> <li>Prevención del duelo complicado desde el hospital: detección de factores de riesgo, apoyo emocional y protocolo de cartas de condolencia.</li> <li>Ejercicio vivencial de pérdidas.</li> </ul>        |
| 8ª<br>Diciembre 2012 | Bioética y <i>counselling</i> .  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Modelos de relación clínica.</li> <li>Principales dilemas éticos en nefrología.</li> <li>Conclusiones.</li> <li>Evaluación <i>posttest</i>.</li> </ul>   |

con periodicidad mensual, y con una metodología docente activo-participativa, fomentando el apoyo entre pares y empleando técnicas de *role playing* para el entrenamiento relacional. Las sesiones fueron impartidas por psicólogos con experiencia en formación a profesionales sanitarios. Los contenidos de este ciclo formativo pueden verse en la Tabla 2.

### Análisis estadístico

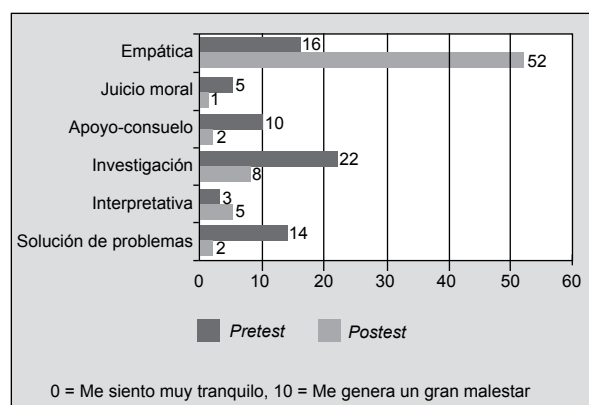
Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS 17.0. Debido al tamaño muestral sólo se han podido realizar estadísticos descriptivos y de frecuencias.

### Resultados

Las situaciones difíciles, identificadas en la primera sesión del curso, y referidas de forma abierta por los participantes, se ordenaron *a posteriori* en seis categorías. La situación más temida fue la comunicación de mal pronóstico, en el 71% de los participantes ( $n = 5$ ). En segundo lugar, la comunicación de la entrada en diálisis, en el 42% de los participantes ( $n = 3$ ). A continuación, las situaciones de comunicación de cambio de actitud terapéutica activa a paliativa, la comunicación del óbito del paciente a la familia, y la comunicación de falta de adhesión a pautas médicas y dietéticas, todas ellas en el 29% de los participantes ( $n = 2$ ). Por último, la situación de tratar con familiares que están en desacuerdo con la indicación médica fue señalada como situación temida por un único participante.

### Prueba de identificación de respuesta espontánea

Tras la realización del curso, el resultado más destacable que encontramos es un incremento de la frecuencia de respuestas empáticas espontáneas, de 16 (precurso) a 52 (poscurso). Asimismo, encontramos una disminución en la frecuencia con que aparecen en las categorías juicio moral, apoyo-consuelo, investigación, y solución de problemas. La categoría interpretativa, mantiene una frecuencia baja, sin embargo se incrementa de 3 (precurso) a 5 (poscurso).



**Figura 1.** Frecuencias *pretest*-*posttest* en la prueba de identificación de respuesta Espontánea.

### Competencia percibida

Tras impartir el curso encontramos que el nivel de malestar subjetivo disminuye en las siete situaciones comunicativas difíciles que incluimos en la evaluación. Esto nos indica que después del curso los participantes se sienten más capaces de enfrentarse a situaciones comunicativas difíciles experimentando un nivel menor de malestar. Estos resultados se recogen en la Figura 2.

### Percepción subjetiva de implicación con el paciente renal

Encontramos además que el nivel de implicación subjetiva con los problemas personales de los pacientes se incrementa tras la realización del curso, de 6.29 a 7 sobre una escala de 10 puntos.

### Satisfacción con la formación recibida

Encontramos que el curso, en términos generales, fue considerado muy bueno o excelente por todos los participantes (Figura 3). Con respecto a su duración, el 71.4% de los participantes han considerado que es demasiado corta, y el 14.3% considera que es adecuada. El 100% de los participantes recomendarían el curso a otros compañeros, y también el 100% considera el curso de utilidad para su trabajo como nefrólogo. Con respecto al ambiente del curso, todos los participantes consideraron que era bueno, muy bueno o excelente. Estos resultados se encuentran recogidos en la Figura 4.

### Discusión y conclusiones

Con la realización de este curso, como ya hemos indicado en la introducción del trabajo, esperábamos un incremento en las respuestas espontáneas de empatía, una mejora en la competencia percibida para hacer frente a situaciones comunicativas difíciles, y un nivel elevado de satisfacción. Los resultados que hemos encontrado están en línea con lo esperado, lo que nos habla de su eficacia. La frecuencia de este tipo de respuesta aumenta de 16 a 52, lo que nos indica que tras recibir el curso los residentes eligen este tipo de respuesta en primer lugar. Queremos destacar la importancia que tiene el hecho de que la respuesta de "apoyo-consuelo" se reduzca en frecuencia, lo que puede tener que ver con el énfasis a lo largo del curso de hacer explícito y disminuir el impacto del modelo de relación clínica paternalista, que emplea este tipo de respuestas como la indicada ante la experiencia de sufrimiento de un paciente.<sup>27</sup> La literatura<sup>28</sup> nos indica la importancia que tiene la empatía como habilidad relacional dentro del ejercicio de la medicina de cara a alcanzar la excelencia; dicha habilidad de comunicación utilizada apropiadamente con el paciente facilita que el médico pueda alcanzar sus objetivos de una manera más precisa, con menor costo emocional y sin olvidar el contexto biográfico del paciente. Por otro lado, la respuesta de tipo interpretativa es la única que ha visto aumentada su tasa de frecuencia en el grupo de residentes. La respuesta interpretativa pone el acento en un aspecto del conjunto del mensaje emitido por el paciente a partir de la propia teoría del profesional. Sobre la base de este resultado, podríamos inferir que el residente de nefrología presenta

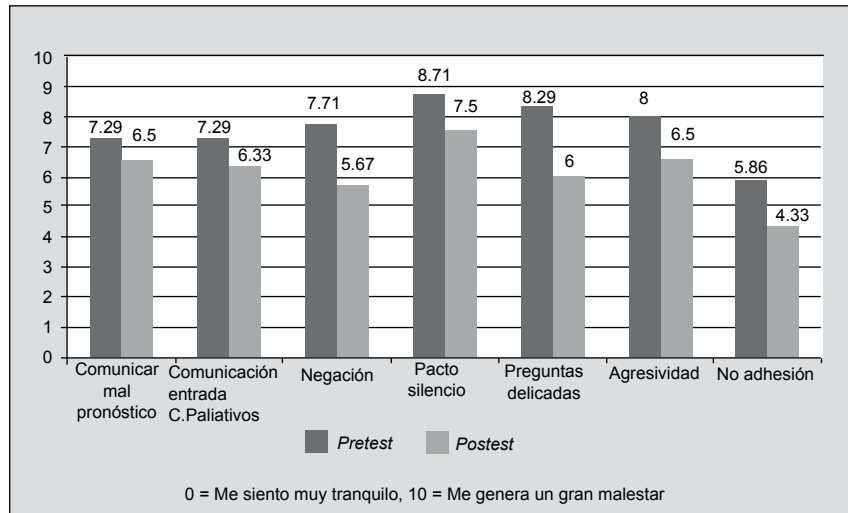


Figura 2. Nivel subjetivo de malestar pretest-postest en situaciones comunicativas difíciles.

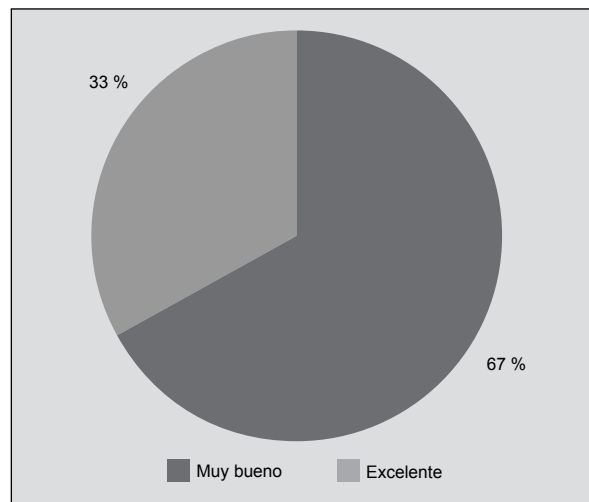


Figura 3. Valoración general del curso.

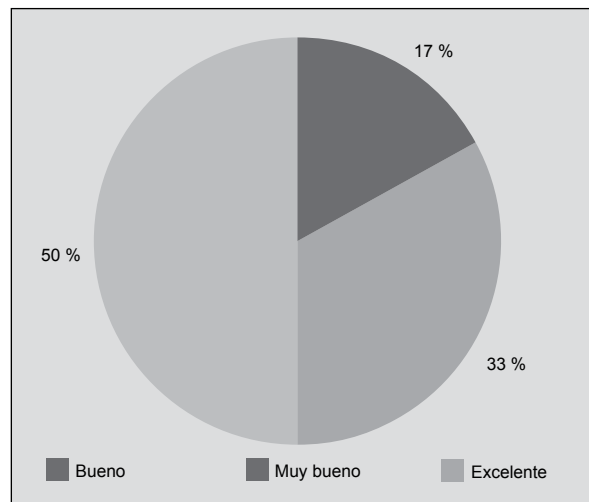


Figura 4. Ambiente subjetivo del grupo de alumnos en el curso.

dificultades en salirse de su propio marco de referencia y de su propio mundo de valores a la hora de relacionarse con el paciente. En próximas ediciones del curso, deberán hacerse más esfuerzos para ayudar a dilucidar los valores del paciente frente a los propios del profesional. Como nos recuerdan Cancio y Serrano,<sup>29</sup> el *counselling* es una estrategia basada en el reconocimiento de la capacidad

del paciente para hacer frente a su realidad, siendo responsables de ello; de su libertad de elección, aunque esas capacidades se vean mermadas por una enfermedad, respetando sus valores y creencias. Lamentablemente, durante muchos años en la práctica médica se ha trabajado desde los valores de los profesionales imponiéndose éstos a los pacientes. El *counselling* trabaja desde el respeto al mundo de valores del paciente, aunque éste sea distinto al del profesional.

Después del curso, los participantes refieren sentir menor malestar a la hora de abordar las situaciones de comunicación difícil planteadas. Esto nos indica que después del curso los participantes se sienten con mayor capacidad a la hora de enfrentarse a escenas temidas que podrían darse dentro de la práctica de la especialidad. Del mismo modo, tras la impartición del curso, los participantes refieren tener un mayor grado de implicación subjetiva con los problemas personales de los pacientes. La dimensión subjetiva, donde se da la vivencia real de la enfermedad para el enfermo, es frecuentemente obviada por falta del tiempo y del espacio adecuado para ser reconocida, evaluada y atendida. Es por ello que este tipo de iniciativas formativas acercan la experiencia de ser pacientes a los médicos tratantes, y si esta implicación es acompañada de un compromiso de autocuidado por parte del profesional, ambas variables pueden actuar como protectoras frente al estrés laboral asistencial.<sup>30</sup>

Este es el primer estudio llevado a cabo en nuestro país que evalúa este tipo de cambios en habilidades comunicativas relacionales en un grupo de residentes de la especialidad de Nefrología. Si bien es verdad que este tipo de entrenamiento comunicativo ha estado tradicionalmente más ligado a la enfermería,<sup>31</sup> cada vez está apareciendo más literatura que nos orienta hacia la necesidad de formación sistemática en este tipo de estrategias para los profesionales dentro de la especialidad.<sup>22</sup> Es de destacar que después de esta iniciativa piloto llevada a cabo a lo largo de 2012, desde la Jefatura de Servicio se ha propuesto protocolizar este curso formativo con una frecuencia bianual para todos los residentes que realicen su período de especialización. Sin duda, este planteamiento

ayudará a crear una sistemática y una cultura de atención integral muy deseable para la Nefrología del siglo XXI.

A pesar de que en España no se incluyan las habilidades de comunicación para la práctica clínica como parte del currículum formativo de grado y postgrado, los médicos consideran importante que se incluyan aspectos relacionados con las habilidades de comunicación con el paciente en dicha formación.<sup>32</sup> Esto está en la línea de los resultados hallados en nuestro estudio piloto, ya que el 100% de los participantes recomendarían este curso a otros nefrólogos, así como lo consideran de utilidad para su trabajo clínico diario.

La principal limitación de este estudio es el pequeño tamaño muestral ( $n = 7$ ). El número total de residentes que rotan simultáneamente por el servicio es de un máximo de ocho (el periodo de residencia dura cuatro años y se convocan dos plazas anuales). Este escenario ya lo conocíamos antes de plantearnos evaluar los resultados del curso formativo, y fue por ello que nos propusimos realizar un estudio piloto. Debido al escaso tamaño muestral, no podemos ofrecer resultados estadísticamente significativos. Nos proponemos en el futuro ampliar la muestra con la evaluación de asistentes a próximas ediciones del curso.

Este tipo de iniciativas docentes dirigidas a los médicos en formación son una óptima manera de recordarnos que el manejo adecuado de la tecnología médico-biológica, si bien es imprescindible, resulta insuficiente si lo que pretendemos es dar una respuesta eficaz, efectiva y eficiente al paciente y su familia. Si no se empatiza y conecta con el paciente, sino se crea un clima emocional adecuado, la eficacia de la intervención se verá mermada. No olvidemos que lo que da sentido a la labor asistencial tiene mucho que ver con el trabajo sobre los valores profundos del ser humano, tales como la aceptación incondicional del otro, la libertad de elegir, la presencia y la dignidad. Es momento de integrar, de unir, de sumar esfuerzos y de incorporar el abordaje de la subjetividad a la práctica objetiva y analítica de la medicina para proporcionar una calidad asistencial basada en modelos de máximos y no de mínimos.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2014  
www.siicsalud.com

*La autora no manifiesta conflictos de interés.*

#### Agradecimientos

A todos los asistentes a este curso, por su motivación, su preocupación genuina por el paciente renal y su valiosa retroalimentación.

**Cómo citar este artículo:** García-Llana H, Rodríguez-Rey R, Selgas R. Formación en asesoramiento psicológico (*counselling*) y apoyo emocional a residentes de nefrología: estudio piloto Salud i Ciencia 20(4):362-7, 2014.

**How to cite this article:** García-Llana H, Rodríguez-Rey R, Selgas R. Counselling and emotional support training for nephrology fellows: a pilot study. Salud i Ciencia 20(4):362-7, 2014.

#### Autoevaluación del artículo

En la primera sesión del curso, mediante una pregunta abierta que posteriormente se categorizó, se pidió a los participantes que detectaran cuáles eran sus situaciones temidas, amenazantes o difíciles de cara a la práctica clínica. Esto también sirvió para elaborar role-playing ajustados a las necesidades de los participantes a lo largo de todo el curso.

**¿Cuáles fueron las dos principales situaciones temidas dentro de la práctica clínica diaria identificadas por los residentes de nefrología?**

A, Comunicación de mal pronóstico y comunicación de entrada en diálisis; B, Conflictos en el equipo y comunicación de entrada en diálisis; C, Comunicación de mal pronóstico y paciente no adherente a los tratamientos; D, Comunicación de óbito de un paciente y apoyo en duelo; E, Comunicación de diagnóstico y comunicación de pronóstico.

Verifique su respuesta en [www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/129030](http://www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/129030)

**Bibliografía**

1. Chochinov HM. Dignidad y la esencia de la medicina: el A, B, C y D del cuidado centrado en la dignidad. *Medicina Paliativa* 16(2):95-9, 2009.
2. Tamblin R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, et al. Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. *JAMA* 298(9):993-1001, 2007.
3. Dowell J, Jones A, Snadden D. Exploring medication use to seek concordance with non-adherent patients: a qualitative study. *Br Gen Pract* 52(474):24-32, 2002.
4. Joos SK, Hickam DH, Gordon GH, Baker LH. Effects of a physician communication intervention on patient care outcomes. *J Gen Intern Med* 11(3):147-155, 1996.
5. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA* 281(3):283-87, 1999.
6. Ramírez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 347(9003):724-28, 1996.
7. Wagner PJ, Moseley GC, Grant MM, Gore JR, Owens C. Physicians, emotional intelligence and patient satisfaction. *Fam Med* 34(10):750-4, 2002.
8. Klerssy C, Callegari A, Martinelli V, Vizzardi V, Navino C, Malberti F, et al., for the Working Group on Burnout and Dialysis. Burnout in health care providers of dialysis services in Northern Italy. A multi-centre study. *Nephrol, Dial, Transplant* 22:2283-90, 2007.
9. Kruijver IP, Kerkstra A, Francke AL, Bensing JM, Van de Wiel HB. Evaluation of communication training programs in nursing care: a review of the literature. *Patient, Education and Counselling* 39:129-45, 2000.
10. Wilkinson S, Roberts A, Aldridge N. Nurse-patient communication in palliative care: an evaluation of a communication skills programme. *Palliative Medicine* 12:13-22, 1998.
11. Fernández Berrocal, P. Inteligencia emocional para médicos del siglo XXI. *El Médico* 1112:22-24, 2010.
12. García-Llana H, Barbero J, Remor E, Díaz Sayas L, Rodríguez-Rey R, Del Peso G, Selgas R. Impacto de un curso interdisciplinar de formación en counselling y apoyo en la toma de decisiones a profesionales de un servicio de nefrología. *Nefrología* 31(3):322-30, 2011.
13. Back AL, Arnold RM, Tulsy JA, Baile WF, Fryer-Edwards KA. Teaching communication skills to medical oncology fellows. *J Clin Oncol* 21:2433-36, 2003.
14. Cukor D, Cohen SD, Peterson RA, Kimmel P. Psychosocial aspects of chronic disease: ESRD as a paradigmatic illness. *J Am Soc Nephrol* 18:3042-55, 2007.
15. Álvarez-Ude F, Rebollo P. Alteraciones psicológicas y de calidad de vida relacionada con la salud en el paciente con enfermedad renal crónica estadios 3-5 (no en diálisis). *Nefrología* 3:57-62, 2008.
16. Finkelstein FO, Wuert D, Finkelstein SH. Health related quality of life and the CKD patient: challenges for the nephrology community. *Kidney Int* 76:946-52, 2009.
17. Rodríguez-Jornet A, Ibeas J, Real J, Peña S, Martínez JC. Documento de voluntades anticipadas de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo mediante diálisis. *Nefrología* 27(5):581-92, 2007.
18. Davison S. The creation of an advanced care planning process for patients with ESRD. *Am J Kidney Dis* 49:27-36, 2007.
19. Galla JH. Clinical practice guideline on shared decision-making in the appropriate initiation of and withdrawal from dialysis. *J Am Soc Nephrol* 11:1340-2, 2000.
20. Lelie A. Decision-making in nephrology: shared decision making? *Patient, Education and Counselling* 39:81-9, 2000.
21. Tamura MK, Goldstein MK, Pérez-Stable EJ. Preferences for dialysis withdrawal and engagement in advanced care planning within a diverse sample of dialysis patients. *Nephrol, Dial, Transplant* 25:237-42, 2010.
22. Schell JO, Green JA, Tulsy JA, Arnold RM. Communication skills training for dialysis decision-making and end-of-life care in Nephrology. *Clin J Am Soc Nephrol* 2013. doi: 10.2215/CJN.05220512.
23. Arranz P, Cancio H. Counselling: habilidades de información y comunicación con el paciente oncológico. En: Gil F (ed.). *Manual de psico-oncología*. Madrid: Nova Sidonia, pp. 39-56, 2000.
24. García-Llana H, Barbero J, Remor E, Celadilla O, Trocoli F, Del Peso G, Selgas R. Beneficio de la realización de un taller en gestión emocional para enfermería nefrológica. *Enfermería Nefrológica* 15(3):176-81, 2012.
25. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for communicating with patient* Oxford: Radcliffe Publishing, 2005.
26. Bermejo JC, Carabias R, Villaceros M, Belda RM. Efecto de un curso relacional sobre la elección de respuesta espontánea e identificación de respuesta empática en alumnos de Medicina. *Medicina Paliativa* 17(5):262-68, 2010.
27. Emanuel EJ, Emanuel LL. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En: Couceiro A (ed.). *Bioética para clínicos*. Triacastela, Madrid, pp. 109-126, 1999.
28. Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H. Analyzing the nature and specific effectiveness of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient, Education and Counselling* 74:339-46, 2009.
29. Cancio H, Serrano R. El counselling. Un arte. Una técnica, un modo de vivir la relación con los pacientes. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* 7(1):7-17, 2007.
30. Benito Oliver E, Arranz Carrillo de Albornoz P, Cancio López H. Herramientas para el autocuidado del profesional que atiende a personas que sufren. *Formación Médica Continuada* 18(2):59-65, 2011.
31. Arranz P, Ulla S, Del Rincón C y López-Fando T. Evaluation of a counselling training program for nursing staff. *Patient, Education and Counselling* 56:233-239, 2005.
32. Guimón J. Opiniones de los médicos sobre los contenidos psicológicos y psiquiátricos que se deben incluir en los estudios de pregrado de medicina. *Psiquis* 25(1):26-32, 2004.

**Curriculum Vitae abreviado de la autora**

**Helena García-Llana.** Doctora en Psicología Clínica y de la Salud, Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid, España. Máster en Psicooncología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España; Especialista en Intervención Psicosocial en Crisis, Emergencias y Catástrofes, UAM-Cruz Roja Española. Licenciada en Psicología, University of Kent at Canterbury y UAM. Psicóloga Investigadora, Hospital Universitario La Paz-IdiPAZ (Desde 2004). Ha colaborado en diversas publicaciones y congresos nacionales e internacionales relacionados con la psicología de la salud y el papel del psicólogo en el ámbito hospitalario. Imparte habitualmente formación dentro del ámbito sanitario y de intervención social. Colabora en formación de postgrado con la UAM y la Universidad de Alcalá de Henares.