



# ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at  
[www.actasdermo.org](http://www.actasdermo.org)



## DERMATOLOGÍA PRÁCTICA

# Dermatología Estética: habilidades humanas claves en comunicación. Modelo de los tres pilares



M.C. Martínez-González<sup>a,\*</sup>, R.A. Martínez-González<sup>b</sup> y A. Guerra-Tapia<sup>c,d,e</sup>

<sup>a</sup> Dermatología, Consulta privada, Oviedo, Asturias, España

<sup>b</sup> Departamento de Ciencias de la Educación, Universidad de Oviedo, Oviedo, Asturias, España

<sup>c</sup> Departamento de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

<sup>d</sup> Dermatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

<sup>e</sup> Dermatología, Universidad Internacional de La Rioja, España

Recibido el 30 de diciembre de 2018; aceptado el 22 de enero de 2019

### KEYWORDS

Dermatology;  
Esthetics;  
Communication;  
Pillars;  
Empathy;  
Critical judgement;  
Assertiveness

### PALABRAS CLAVE

Dermatología;  
Estética;  
Comunicación;  
Pilares;  
Empatía;  
Juicio crítico;  
Asertividad

**Resumen** La Dermatología Estética se ocupa de la belleza y apariencia de la piel, una parte importantísima de la imagen corporal. Los tratamientos utilizados en Dermatología Estética (higiene, hidratación, protección, reparación) buscan potenciar las características propias de la piel, en su anatomía, función y vitalidad, y esto se traduce en mejoras del aspecto estético. La comunicación con el paciente es fundamental en la consulta médica y entendemos que la Dermatología Estética tiene connotaciones especiales que deben considerarse. En este artículo se presenta un modelo propio de tres pilares en la comunicación con el paciente estético y se exponen tres habilidades humanas como dichos pilares: asertividad, empatía y juicio crítico.  
© 2019 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### Key Communication Skills in Cosmetic Dermatology: A 3-Pillar Model

**Abstract** Cosmetic dermatology deals with the beauty and appearance of the skin – a most important element of body image. Treatments used in cosmetic dermatology (hygiene, hydration, protection, repair) aim to enhance the characteristics of the skin, its anatomy, its function, and its vitality, to produce aesthetic improvements. Communication with the patient is essential in medical consultations and we believe that it has special connotations in cosmetic dermatology that must be taken into account. In this article, we present a 3-pillar model for communication with cosmetic dermatology patients that rests on 3 skills: assertiveness, empathy, and critical judgement.  
© 2019 AEDV. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [covadie@gmail.com](mailto:covadie@gmail.com) (M.C. Martínez-González).

## Introducción

Nuestro trabajo, sea una u otra la demanda del paciente, es asistencial. Asistimos a la población y trabajamos cara al público como receptores y transmisores de información. Debemos por tanto conocer las características básicas de la comunicación, sus elementos, con su código entendible, en un canal apropiado, sin interferencias ni ruido a ser posible, y también sus tipos (verbal, gestual y paraverbal) para asegurar un buen control de todos estos parámetros como algo básico<sup>1-5</sup>.

Pero no es una comunicación entre iguales. Nuestra formación en este campo debe garantizar un alto nivel. Cuando estamos en el papel de receptor debemos poner en marcha la escucha activa y cuando seamos emisores debemos aportar información relevante y científica, exhaustiva y contrastada, adaptada a la comprensión del paciente, honesta (importante siempre y debe quedar muy claro en estética), sincera, en ocasiones seductora, emocionante y proactiva, para que el paciente se implique en sus cuidados y tratamiento, y por supuesto con sentido común<sup>2</sup>.

Pero la comunicación médico-paciente es mucho más que esto, que recibir y dar información; partiendo de una gran formación médica en nuestra especialidad, es más que ser bien educado con el paciente<sup>4</sup>. Por su complejidad, tiene rango de disciplina académica<sup>3</sup>. Y esto tiene mucho que ver con que se precisa de una muy avanzada gestión emocional, con reflexión sobre la acción, gestión de sentimientos y de expectativas (esto último, importantísimo en estética)<sup>6</sup>. Por dicha complejidad e importancia existen, no solo publicaciones en revistas médicas, sino auténticos tratados sobre comunicación médico-paciente<sup>1-4</sup>. La comunicación médica asistencial, de hecho, cada vez está más de moda y podemos ver referencias a la misma en medios de divulgación como periódicos<sup>7</sup> o incluso en nuestra web de la academia<sup>8</sup>. Esto es porque realmente nuestro trabajo depende, en gran parte, de esta comunicación. Nuestro éxito en el diagnóstico depende fundamentalmente de una buena historia clínica (más eficaz que cualquier prueba complementaria)<sup>3</sup>. La implicación del paciente en su tratamiento también depende de lo que le transmitamos, e incluso, está descrito que la confianza mutua, médico-paciente, añade propiedades curativas<sup>9</sup>. Por otro lado, es imprescindible que lo hagamos bien para que nos guste lo que hacemos<sup>1</sup>. Si no nos comunicamos bien con nuestros pacientes, la insatisfacción personal de ambas partes aumenta y poco a poco dejará de gustarnos nuestro trabajo e incluso nuestra profesión. Además, según estudios como los de Backman y Levinson, la mayoría de las reclamaciones a médicos se deben a una mala comunicación con el paciente<sup>10,11</sup>. Esto aún puede ser más llamativo en estética, donde no vamos a ver mejorar una patología de forma evidente a nivel analítico y demostrable fácilmente. Vamos a depender de la satisfacción personal subjetiva de esa persona con la mejora en el aspecto de su piel, independientemente de pruebas más o menos objetivas. Hemos de tener claro que en estética no hay una necesidad de sanación (no es una necesidad primaria), sino un deseo o ilusión, aunque a veces el paciente se haya creado esa necesidad o nos la presente incluso como una exigencia. Además, el paciente elige acudir a nosotros, y nosotros también podemos elegir si le tratamos o no.

Aún con todo lo dicho y la cantidad de textos sobre comunicación asistencial, no hemos encontrado referencias claramente basadas en la comunicación con el paciente de Dermatología Estética.

## Objetivo

El objetivo de este trabajo es intentar encontrar algunas pautas, habilidades y estrategias que favorezcan la comunicación en Dermatología Estética.



Figura 1 Modelo de los tres pilares en comunicación en estética.



Figura 2 Caso clínico 1 de comunicación en estética. Esta paciente quiere eliminar arrugas del entrecejo sin pinchar nada raro. Exige paciencia. Hay pacientes que parece que piden magia. En este caso se trata de una paciente intelectual, educada pero con miedo. Tras la exploración exhaustiva de su anatomía habrá que explicarle en qué consiste la toxina botulínica y la seguridad contrastada del fármaco, así como su durabilidad limitada y la búsqueda de naturalidad en los resultados. Debemos ejecutar una función de cambio, donde la paciente que entra con dudas y miedo se vaya tranquila. Y ella solicitará cita para el tratamiento cuando tome su decisión.

## Material, método y resultados

Nos fundamentamos en tres habilidades humanas para lograr nuestro objetivo, tanto en la escucha como en la intervención con el paciente de Dermatología Estética y así, presentamos el modelo propio de los tres pilares, todos estrechamente relacionados (fig. 1). Estos son:

- *Asertividad*, habilidad para ser claros y directos, diciendo lo que se quiere decir, sin herir los sentimientos de los demás, ni menospreciar su valía. Conocer los propios derechos y defenderlos, respetando a los demás<sup>6</sup>.
- *Empatía*, habilidad humana de experimentar y comprender los diferentes puntos de vista ajenos, sin pensar necesariamente de la misma manera que esa persona<sup>6,12</sup>.
- *Juicio crítico*, habilidad que nos invita a contrastar, analizar, entender y evaluar lo que percibimos del paciente e



**Figura 3** Caso clínico 2 de comunicación en estética. En esta paciente, con muy poco podemos ayudar mucho. Por ejemplo haciendo una catarsis, simplemente ofreciéndole un pañuelo cuando la paciente rompe a llorar. Esto ofrece apoyo, empatía y muestra respeto. La paciente se siente capaz de expresar su emoción en toda su intensidad y en esa catarsis seguramente se da cuenta de que no tiene sentido un tratamiento estético en ese momento. Pero se le puede ofrecer la valoración clínica y la pauta de un tratamiento cosmecéutico domiciliario, para posteriormente, cuando se encuentre mejor, tanto su piel con el tratamiento, como a nivel anímico, ofrecerle tratamientos que mejoren su fotoenvejecimiento a nivel global. Esto hará una función de conexión afectiva, donde la empatía se dirige a que el paciente no deje de confiar en nosotros como personas y continúe percibiéndonos como agentes de salud que procuran su bien. A veces retrasar un tratamiento es lo más indicado para empezar más adelante con más seguridad en los resultados y en la adquisición de una rutina, a la vez que nos reafirma como médicos que somos. La paciente seguramente se va de la consulta más animada: por que se siente escuchada, acompañada, atendida y con una ilusión y motivación para volver a nuestra consulta en un futuro.



**Figura 4** Caso clínico 3 de comunicación en estética. Este caso presenta varios retos: la paciente quiere curarse de una enfermedad crónica y además, parece que es lo que ha entendido que le han dicho cuando ha sido tratada en el hospital. Debemos aclarar conceptos con paciencia, explicándole lo que es la rosácea y lo que buscamos con la luz del láser, así como que precisará un mantenimiento. Es decir, mucho ajuste de expectativas.

inicialmente nos evoca, nuestro diagnóstico inicial y diagnósticos diferenciales (teniendo en cuenta en estética el trastorno dismórfico corporal y otros), y analizar y contrastar nuestra decisión terapéutica, tal como lo haríamos en otras ramas de la especialidad<sup>13,14</sup>.

Si hablamos de *asertividad*, deberíamos hacer Dermatología Estética porque nos gusta y queremos ayudar con ella, puesto que nadie nos obliga. Hemos de tener claro lo que queremos hacer dentro de la subespecialidad y lo que queremos conseguir con nuestros tratamientos y también lo que no queremos hacer. Y esto saber defenderlo y explicarlo, con respeto hacia el paciente y sus sentimientos. Es importante a este respecto saber usar:

Los «mensajes yo» donde describo sin descalificar, expreso lo que siento y lo que me gustaría: «yo creo que...», «esa técnica a mí no me resulta», «yo no percibo lo mismo que usted».

Evitar juicios de valor, lo cual es muy importante en Dermatología Estética. Evitar comentarios del tipo: «no debe preocuparle tanto su aspecto», «se preocupa por algo inexistente», «eso no es para tanto».

Saber decir *no*. Si nos encontramos incómodos en algún momento con lo que nos pide el paciente, o pensamos que no debemos tratar al paciente por lo que nos está evocando nuestro juicio crítico, diremos *no* de forma asertiva.

Prestar atención y proteger nuestro aspecto exterior es una cualidad laudable y útil, que nos ayuda a adaptarnos a los cambios, a convivir con los demás y a superar situaciones difíciles<sup>15</sup>. Además de ser parte de nuestra identidad,



**Figura 5** Caso clínico 4 de comunicación en estética. En la cuarta paciente el médico se puede sorprender, por múltiples motivos. La paciente identifica un defecto que nosotros no vemos (podríamos estar ante un trastorno dismorfofóbico corporal). Además podría estar mintiéndonos al decir que puso hialurónico hace mucho tiempo (al ver sus labios vemos que o lo puso hace poco o no lleva hialurónico, sino otro material que contraindica el tratamiento) y además, se queja de resultados previos. Por tanto, evitando herir sus sentimientos diremos que en su caso nosotros no podemos ofrecerle ese tipo de tratamiento porque médicamente no lo consideramos actualmente indicado; no precisa llevarle la contraria ni tampoco darle la razón.

el aspecto físico y sus expresiones constituyen desde nuestra más corta edad un componente importante de nuestro mundo emocional y de la capacidad para conectar afectivamente con otros<sup>16</sup>. A través de los trabajos publicados con el cuestionario DEBIE, sabemos que la *Dermatología Estética* está relacionada con el *Bienestar Emocional*<sup>15,16</sup>. Y además, que las personas con mayor bienestar basal y más asertivas, son las que más valoran estos tratamientos y sus beneficios en su día a día, y eso realmente es lo que buscamos: que las personas intenten mejorar y tengan ganas de cuidarse porque se encuentran bien consigo mismas y no al revés (entrará en juego nuestro juicio crítico para hacer ciertos diagnósticos diferenciales y también para detectar expectativas no realistas). Es importante dejar claro que no se trata de dejar de envejecer sino de hacerlo más saludablemente y en consonancia con la vitalidad psíquica de la persona. Como dermatólogos buscamos cuidar la piel y mantenerla funcionalmente más joven, sana y armoniosa y eso se traducirá en mejoras estéticas<sup>15,16</sup>.

En cuanto al *juicio crítico*, es una habilidad cognitiva y de disposición que utilizamos en todas nuestras consultas como médicos. Realizamos un análisis, evaluación y síntesis de todos aquellos factores involucrados en esa consulta. Implica la observación, el método científico, nuestro razonamiento y nuestra experiencia<sup>13</sup>. Y en estética también, el razonamiento creativo e imaginativo y el artístico. El juicio crítico contiene dos componentes principales:



**Figura 6** Caso clínico 5 de comunicación en estética. Esta paciente tiene una actitud exigente, y quiere *borrar* sus manchas; probablemente esa palabra nos incomode, pero pensamos que quizás podríamos ayudarla. Además, ya cree saber que nada de lo que tiene es preocupante. En estas circunstancias conviene mantener nuestra actitud médica científica: «Ya veo... Pase, haremos una exploración para que yo valore de qué tipo de manchas estamos hablando». Tras la exploración y pruebas oportunas y si realmente solo hablamos de lentigos y efélides, se lo explicaremos. Precisa que ajustemos sus expectativas, explicándole que podemos ayudarla a *mejorar* y ofrecerle las técnicas que consideremos. Tras la explicación y pauta de medidas domiciliarias, ella decidirá iniciar o no tratamientos en consulta. En este caso, con empatía y asertividad podemos conseguir una función de cambio, de forma que el paciente reciba nuestra conducta empática, pero a su vez le sorprenda nuestra actitud científica y segura, pasando probablemente de imponer su deseo y exigir, a dejarse aconsejar.

- Cognitivo, nuestro conocimiento, principalmente médico (para establecer un diagnóstico y diagnósticos diferenciales –muy importantes en este tema– y una decisión terapéutica).
- De disposición a contrastar y a intentar analizarlo todo desde distintos puntos de vista (contrastar la información y la decisión, valorando los pros y los contras). Aunque tenemos obligación de contrastar nuestro conocimiento, al paciente debemos aportarle y expresarle seguridad<sup>14</sup>.

La *empatía* es el pilar central de nuestro esquema, la llave para una plena comunicación correcta con el paciente<sup>6,12</sup>. Hay distintos niveles de empatía: natural, básica, avanzada y muy avanzada, siendo esta última la que nos exige nuestra profesión<sup>1</sup>. Es la habilidad o actitud de comprender los sentimientos de nuestro paciente y hacerlo evidente en la relación, ya sea a nivel verbal (por ejemplo: «entiendo lo que le preocupa de su piel») o no verbal (por ejemplo: una expresión facial acorde a la situación). La empatía precisa reflexión y esfuerzo para reconocer al otro



**Figura 7** Caso clínico 6 de comunicación en estética. Por último, la sexta paciente, busca calidad cutánea como nosotros. Es una paciente ya conocida que confía en nuestro trabajo porque hemos atendido su patología oncológica previa; tiene buena autoestima y actitud asertiva. Normalmente con esta paciente todo irá bien, de forma más rodada. En Dermatología, este tipo de casos son frecuentes.

como portador de emociones. Requiere paciencia (existen pacientes que nos irritan y debemos autorregularnos para poder estar abiertos a todos, sean quien sean y sea cual sea su demanda) y coraje (puede generar sentimientos o reacciones emocionales que debemos controlar)<sup>12</sup>. Pero la empatía genera mucha motivación y creatividad. La empatía es una actitud y se llega a ella a través de la escucha activa con el paciente –en este caso de estética–, sin presuponer nada y con ánimo de ayudarle (atendiendo a lo que comente, tratándole y a veces derivándole sin tratarle). La empatía permite gestionar los sentimientos que aparecen en el encuentro mediante efectos de confrontación, amplificación, minimización y otros<sup>6</sup>. Y esto conlleva unas funciones: catarsis, cambio, exculpación<sup>1</sup>. A diferencia de la simpatía, no se produce un contagio emocional y el clínico sabe en todo momento cuáles son las emociones del paciente y las suyas. Y se distingue de la cordialidad, que es un hábito (puede ser automático sin implicar reflexión ni esfuerzo) y es típica del saludo y la despedida en nuestras consultas, donde reconocemos al otro como persona. Un ambiente cordial («Bienvenido, pase... por favor») favorece manifestaciones empáticas<sup>1-6,12</sup>.

Sin embargo, a todo hay que poner límites, y sabemos que no es posible ni favorable una escucha sin límites. Además, la empatía siempre debe ir unida a la asertividad para saber decir «no» a ciertas peticiones y marcar límites para que no haya «contraindicaciones o iatrogenia» por exceso de empatía: p. ej. en pacientes agresivos y exigentes, donde el exceso de empatía puede parecer falta de seguridad o

asertividad por parte del médico. También en pacientes culpabilizadores y manipuladores donde existe el peligro de que interprete que le damos la razón. Esto precisa gestionar y practicar la empatía exculpatoria, afirmando el acto bien-intencionado del médico, dado que un médico avergonzado no puede ser empático<sup>1</sup>.

Algo esencial en la subespecialidad (más aún en estos tiempos donde el paciente puede verse influenciado por la invasión de estos temas en la publicidad y los medios de comunicación) es ser capaces a través del juicio crítico de detectar las posibles expectativas altas y no realistas de ciertos pacientes. Con asertividad y empatía hemos de intentar reajustar las mismas a la baja y la realidad y si esto no se consigue y el paciente mantiene expectativas irreales, de nuevo con empatía y asertividad, como hemos comentado anteriormente, podemos rechazar tratar a ese paciente. Importantísimo para evitar frustraciones innecesarias<sup>11</sup>.

También debemos hacerle llegar al paciente de estética la ética médica al igual que en otros campos de la medicina: nuestra excelencia moral, la privacidad (muy importante en estética), el consentimiento informado, y la toma de decisiones compartidas<sup>17</sup>. Nuestro equipo debe estar en la misma línea, siendo cordiales, amables y empáticos.

Con una función eminentemente práctica, presentamos 6 casos clínicos en imágenes caricaturizadas profesionalmente por Marta Mardó –Titulada Superior en Arte Dramático– Máster en Interpretación (figs. 2-7). Se trata de pacientes que acuden a consulta y exponen su demanda, cada uno con su personalidad y situación personal concreta. Podríamos analizar pormenorizadamente cada posible diálogo, teniendo en cuenta nuestras variables: asertividad, empatía y juicio crítico, pero por razones de espacio comentaremos alternativas sencillas en la comunicación con cada caso al pie de cada figura.

## Discusión y conclusiones

Las podemos reflejar en estos puntos:

- La asertividad, la empatía y el juicio crítico son fundamentales para la comunicación con el paciente de estética y hacer un correcto manejo de expectativas.
- Debemos disfrutar de nuestro trabajo y entender al paciente y su ilusión.
- Debe ponerse de manifiesto nuestra ética médica y profesional.
- Es importante partir de una buena situación emocional en el paciente para poder actuar.
- Se precisa hacer mucha gestión de expectativas.
- Podemos decir *no* cuando no consideremos adecuado tratar al paciente.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

A Marta Mardó, Titulada Superior en Arte Dramático - Máster en Interpretación, por su trabajo de caracterización en los casos clínicos.

## Bibliografía

1. Borrel Corrió F. Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. *Med Clin*. 2011;136:390-7.
2. Gelabert A. Comunicación médico-paciente. Reflexiones para un cambio de modelo. 1.ª ed Capítulo 1: habilidades de comunicación globales. Valencia: MargeBooks; 2012: 29-58. ISBN: 978-84-15340-42-3.
3. Ruiz Moral R. Comunicación clínica: principios y habilidades para la práctica. Sección 1. Capítulo 1. Buenos Aires: Panamericana; 2014. p. 3-20.
4. Robertshon K. Active Listening. *More tan just paying attention*. *Am Fam Prac*. 2005;34:1053-5.
5. Friedman H, Riggio R. Effect of individual difference in non verbal expressiveness on transmission of emotion. *J Nonverbal Behav*. 1981;6:96-104.
6. Paul AB, Traceloy S, Idamae H, Heather AS. Primal leadership: Realizing the power of emotional intelligence- A Book Review. *COJ Nurse Healthcare*. 2017;1. DOI: 10.31031/COJNH.2017.01.000510.
7. Periódico La Nueva España, 21 de octubre de 2018, página 30.
8. [consultado 14 Mar 2019]. Disponible en: <https://fundacionpielsana.es/mi-enfermedad/el-valor-de-la-empatia-en-dermatologia>.
9. Blasini M, Peiris N, Wright T, Colloca L. The role of patient-practitioner relationships in placebo and nocebo phenomena. *Int Rev Neurobiol*. 2018;139:211-31.
10. Backman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor patient relationship and malpractice. *Arch Intern Med*. 1994;154:1365-70.
11. Levinson W. Physician-patient communication: a key to malpractice prevention. *JAMA*. 1994;272:1619-20.
12. Eslinger P.J E. Neurological and neuropsychological bases of empathy. *European Neurology*. 1998;39:193-9.
13. Facione PA. The disposition toward critical thinking: Its character, measurement, and relationship to critical thinking. *Informal Logic*. 2000;20:61-84.
14. Heather AB. Halpern critical thinking assessment predicts real-world outcomes of critical thinking. *ApplCognitPsychol*. 2012;26:721-9.
15. Martínez-González MC, Martínez-González RA, Guerra-Tapia A. Esthetic dermatology and emotional well-being according to gender. *J Cosmet Dermatol*. 2018;17:410-6.
16. Martínez-González MC, Martínez-González RA, Guerra-Tapia A. Aesthetic dermatology and emotional well-being questionnaire. *J Cosmet Dermatol*. 2014;13:336-45.
17. López-Martín S, Galera-Martín C, Guerra-Tapia A. Dermatología y ética: el nuevo paradigma. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:480-7.