

# LA COMUNICACIÓN COMO BASE ASISTENCIAL



Dr. Juan Carlos Arboniés Ortiz  
*Médico de Familia. C. de Salud de Beraun.*  
*Grupo de Comunicación y Salud de Euskadi*





intuitiva pensamos que el componente esencial es el verbal, pero **sólo un 30% del contenido total del mensaje viene vehiculizado por palabras**. Es más, cuando percibimos cierta contradicción entre la expresividad facial y los contenidos verbales tendemos a dar mayor crédito a los mensajes no verbales<sup>2</sup>.

En la interrelación con los pacientes y sus familias, los profesionales (médicos, enfermeras, asistentes...) percibimos “indicios significativos” de forma no consciente y reaccionamos a los mismos. Dichos “indicios” son los que Neighbour denomina “**Señales mínimas**”. El paciente transmite estas señales desde el inicio mismo de la entrevista, y si las dejamos pasar sin ser conscientes de ello perdemos gran parte de la información. Las dudas, omisiones, ambigüedades y el hablar entrecortado son indicadores de que el discurso verbal está siendo “censurado” y que el paciente está “escondiendo algo”, quizás porque le sea difícil de expresar con palabras...<sup>1</sup>. La ausencia de movimiento y la mirada perdida son indicadores de que la persona está pensando... está realizando una “búsqueda interna” y es mejor no interrumpirle en ese momento.

Cuando hablamos de un “buen comunicador” generalmente nos referimos a aquél que utiliza correctamente las palabras con un adecuado paralenguaje, de forma que su mensaje “llegue” al receptor. Pero, como la comunicación es un proceso bidireccional, para “llegar” es preciso en primer lugar saber escuchar, que es diferente a saber oír, pues no sólo es oír un listado de cosas sino permitir que el paciente pueda exponer su problema sin interrumpirle (baja reactividad) ni realizar conclusiones prematuras. Es, además, ser “empáticos” intentando “ponernos en los zapatos del paciente”<sup>3</sup>.

Esta escucha no es un proceso pasivo sino que supone facilitarle al paciente la expresión de sus **ideas y preocupaciones**, qué espera de nosotros – **expectativas** – cuál es su reacción emocional frente a la situación – **sentimientos** – y qué consecuencias puede prever el paciente – **efectos** -.

Muchos clínicos se preguntarán para qué debemos saber todo esto si lo que nos enseñaron fue a llegar a un diagnóstico y poner un tratamiento... pero para Andrés, de 77 años, viudo, sin hijos, que vive solo, el diagnóstico de Hepatocarcinoma no es el mismo que para Lourdes, de 39 años, casada y con 3 hijos de 7, 4, 2 años.

En este proceso es fundamental el **respeto a los silencios**. Por lo general el silencio nos asusta, no sabemos qué responder, damos rodeos y hablamos de temas triviales<sup>4</sup>. Sin embargo, el silencio suele ser la expresión de la **búsqueda interna**, cuyo resultado final casi siempre es importante: una nueva idea, un recuerdo, una conexión entre dos ideas. Por todo ello debemos desarrollar la **capacidad de contención**, que es la habilidad de percibir y sostener la ansiedad propia o ajena sin pasar directamente a la acción. Esto supone ser capaces de seguir escuchando a pesar de sentirnos inquietos, ofreciendo sosiego a la vez que aceptamos nuestras propias limitaciones terapéuticas<sup>5</sup>.

No se nos ha enseñado a **saber escuchar**, pero ésta es una **habilidad** que se puede **aprender** por medio del **entrenamiento**.

Otro aspecto que podemos mejorar es permitir que el paciente **participe** en su proceso, ya que tiene derecho a **opinar** y a **decidir** lo que desea<sup>3</sup>. Para ello deberá recibir toda la información posible de la manera más adecuada facilitándole la comprensión. Evitaremos términos excesivamente cultos, emplearemos frases cortas y vocabulario neutro, con dicción clara y entonación adecuada, añadiendo componentes visuales o táctiles a la información verbal y aproximándonos al mismo lenguaje que utiliza el paciente.

## LA COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO TERMINAL Y SU FAMILIA

Cuando uno de los miembros de la familia cae enfermo en situación terminal se producen respuestas emocionales tan intensas que

la comunicación entre los miembros se distorsiona. La comunicación pasa a través de **canales cerrados**, es decir, aquéllos en los que no pueden circular libremente las *emociones* y los *pensamientos*<sup>6</sup>.

**A nivel sanitario** uno de los mayores retos a los que nos enfrentamos los profesionales es aceptar en muchas ocasiones la incapacidad de curar y asumir simultáneamente el deber de acompañar al paciente y a la familia durante la terminalidad<sup>6</sup>.

Todo ello nos llevará a una relación profesional – paciente – familia cargado de **ansiedad**. Según refiere Borrell<sup>7</sup>, podemos afirmar que *la comunicación es la habilidad básica para facilitar una respuesta adecuada a la pluralidad de necesidades del enfermo en situación terminal*.

**A nivel del paciente**, en la comunicación del diagnóstico los pacientes aceptan mejor de lo que suele pensarse el conocimiento de su propia muerte, y muchas veces la propia enfermedad se encarga de revelarles la gravedad de su mal<sup>8</sup>. Más del 75% de los pacientes desearían conocer el diagnóstico de cáncer si lo tuvieran, así como el pronóstico, y discutir con el médico las medidas terapéuticas<sup>9</sup>. Sin embargo, son ambiguos respecto a la información a dar a un familiar con cáncer (45% no son partidarios de darle información).

Muchas veces se entabla el debate de si es conveniente dar o no dar este tipo de información, pero quizá lo importante es **comunicarse eficazmente**. El temor a fallecer no es una única emoción, sino una **mezcla de varios temores individuales** (dolor severo, asfixia, incontinencia, desolación, morir solos, dejar cosas incompletas, agonía sin alivio...). Por ello es importante estar atentos a las **señales mínimas** que nos indiquen cuáles son *las ideas, preocupaciones, expectativas* y *sentimientos* para intentar solucionarlos o aliviarlos.

En la transmisión adecuada de la información se deben seguir las siguientes premisas<sup>10</sup>:

1. Manejar adecuadamente la comunicación no verbal.
2. Averiguar qué sabe el paciente.
3. Averiguar qué quiere saber.
4. Utilizar frases cortas y verificar que va comprendiendo la información.
5. Evitar discusiones sobre medidas diagnósticas o terapéuticas utilizadas.
6. Utilizar, cuando se pueda, términos positivos. Evitar los tecnicismos respetando el lenguaje simbólico que utilice el paciente o la familia.
7. Dejar siempre abierta una puerta a la esperanza.
8. Manejar la incertidumbre. No dar plazos exactos.
9. Identificar y potenciar los recursos familiares y personales.
10. Favorecer la expresión de los sentimientos.

**A nivel familiar**, la situación terminal comporta una serie de crisis consecutivas que ponen a prueba la capacidad de adaptación familiar. La familia es el grupo que inicialmente prepara para la vida y, por tanto, para la muerte, y el principal administrador de cuidados frente a la enfermedad<sup>10</sup>. Además, el paciente va perdiendo sus propias funciones (rol) dentro del grupo familiar y los miembros deberán redistribuir estos papeles. Por todo ello, todos los miembros del grupo familiar sufren una situación de gran estrés. Se puede favorecer el proceso adaptativo por medio de la comunicación.

Para conseguir un clima adecuado es muy conveniente reunir a la familia periódicamente con el equipo de cuidados, incluyendo en ocasiones al enfermo, creando un espacio donde todos puedan expresar sus dudas y sentimientos<sup>11</sup>.

Estar abiertos a sus necesidades familiares, sus miedos y sus dificultades, para entenderles y prestarles apoyo será básico para su proceso adaptativo y reportará un beneficio claro a la familia y al cui-

dado del enfermo. Implicarles en dicho cuidado (potenciando los recursos familiares propios), en los objetivos y en las decisiones terapéuticas son mecanismos de disminución del impacto

## **LA COMUNICACIÓN DE LA FAMILIA CON EL ENFERMO**

La educación a la familia para la atención terminal, además de tener que ver con el cuidado directo (alimentación, higiene, cambios de postura, curaciones específicas, evacuación, control de síntomas...) debe estar orientada a una **comunicación adecuada con el enfermo y con sus familiares**<sup>12</sup>.

El silencio y la no comunicación verbal, o la no presencia es, muchas veces, una defensa de los familiares y una racionalización de sus miedos a abordar el tema de la muerte.

Hay que enseñar al paciente que no hay palabras mágicas ni respuestas exactas y enseñar a la familia el valor de **escuchar**, el de la **presencia física** y el de **compartir los momentos dolorosos**. Se debe intentar tranquilizar a los familiares mostrándoles que el enfermo sabe, mejor que nadie, cómo se siente y cómo está.

Debemos aprender a **escucharle activamente**, siendo capaces de tolerar la expresión de emociones del paciente, "tocarle", manteniendo su mirada, acompañándole en sus silencios.

La familia, en definitiva, tiene que aprender a aceptar la enfermedad terminal en su seno, aceptando los síntomas físicos y psíquicos del enfermo y **permitiendo que el protagonista del proceso sea el propio enfermo**, sin caer en invadir su ámbito decidiendo por él, en un afán desmesurado de protegerlo. Es decir, tratarlo como un ser humano que aún vive y que puede disfrutar de la compañía de sus seres queridos<sup>11</sup>.

## A MODO DE CONCLUSION

- Podemos afirmar que la comunicación es la herramienta básica para ayudar en la relación profesional sanitario –paciente– familia.
- Saber transmitir, pero sobre todo saber escuchar para descubrir las verdaderas necesidades del paciente y su familia.
- Comunicarse es una habilidad que se puede aprender, y es una habilidad que debemos enseñar a la familia para que pueda comunicarse con su miembro enfermo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Neighbour R. La consulta interior, 124-133.
2. Borrell F. Manual de entrevista clínica. Doyma 1998, 30.
3. Castro J, Quesada F. Cómo mejorar nuestras entrevistas clínicas. Atención Primaria 1996, Vol 18, Núm 7.
4. Gabilondo S. La comunicación en la relación terapéutica. Estrategias para la atención en la terminalidad. 37-62
5. Tizón J.L. Componentes psicológicos de la práctica médica. 87-105. Doyma 1988.
6. Jarabo Y. Psiquiatría.
7. Borrell F, Bosch J.M. entrevista clínica. En: Atención Primaria. Editado por A. Martín Zurro. Doyma, 3.ª edición, 1994
8. Astudillo W, Mendinueta C. La comunicación en la fase terminal. Biblioteca básica Dupont Pharma para el médico de Atención Primaria. 1998. 37-63.
9. Simon P. Domenech P. ¿querría saber que tiene cáncer? Medífam Vol 4 Num 3. Mayo-Junio 1994.

10. Jarabo Y. Familia, paciente terminal y duelo. *Medifam* 1994, Vol 4: 6, 301-307.
11. Arrieta C. La familia en la terminalidad. En *Estrategias para la atención a la terminalidad*. SOVPAL. San Sebastián, 1998, 223-335
12. Chacon M. Grau J. La familia como dadora de cuidados. En *Cuidados paliativos: Atención integral a enfermos terminales*, 975-985